

UNIVERSITE DE OUAGA 2

UNITE DE FORMATION ET DE
RECHERCHE EN SCIENCES
ECONOMIQUES ET DE GESTION (UFR/SEG)

MAITRISE EN ECONOMIE ET GESTION
DES ENTREPRISES D'ECONOMIE
SOCIALE ET SOLIDAIRE
(MEGEES)

BURKINA FASO

UNITE –PROGRES-JUSTICE



Mémoire en vue de l'obtention de la Maîtrise en Economie et Gestion des
Entreprises d'Economie Sociale et Solidaire (MEGEES)

**THEME : ANALYSE DU FONCTIONNEMENT
DE LA MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DU
FISC (MUTRAF) : DIFFICULTES ET
SUGGESTIONS.**

Présenté et soutenu par **YAMEOGO Lamoussa Juliette**

Directeur de mémoire Maître de stage

Dr. Abel TIEMTORE

Enseignant chercheur

Université Ouaga 2

M. Auguste OKOKO

Inspecteur des impôts, président du

conseil d'administration de la MUTRAF

Février 2015

DEDICACE

A

- ❖ la mémoire de **ma très chère mère** pour tout le sacrifice consenti pour mon éducation et qui m'a toujours encouragé dans le travail ;
- ❖ **mes frères et sœurs** ;
- ❖ **tous ceux qui m'ont soutenue** dans la réalisation de ce travail.

REMERCIEMENTS

Ce travail est le fruit de soutiens multiformes et inconditionnels de certaines personnes. L'occasion nous est donc offerte de manifester notre gratitude à tous ceux qui ont contribué à sa réalisation. Nos remerciements s'adressent particulièrement à :

❖ *l'ensemble du corps enseignant de la MEGEES de l'UFR/SEG* pour l'enseignement et la formation reçus;

❖ *mon directeur de mémoire Dr Abel TIEMTORE*, pour avoir accepté m'encadrer ;

❖ *mon maître de stage M. Auguste OKOKO*, Inspecteur des Impôts, président du Conseil d'Administration de la MUTRAF, pour le soutien combien inestimable dont nous avons bénéficié tout au long de notre stage;

❖ *au gérant de la MUTRAF M. Salifou BONKOUYOU* pour nous avoir accompagné dans la collecte des données ;

❖ *aux agents des impôts*, qui ont bien voulu répondre aux questionnaires ;

❖ *tous les étudiants de la première promotion de MEGESS cours du soir* pour les merveilleux moments passés ensemble ;

❖ toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Puisse chacun trouver en ce document, le résultat des efforts consentis.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	I
REMERCIEMENTS	II
LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES	VI
ABREVIATIONS ET SIGLES	VII
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE ET GENERALITES SUR LES MUTUELLES SOCIALES AU BURKINA FASO	5
I. CADRE THEORIQUE	5
I.1 LA LOGIQUE DE L’ACTION COLLECTIVE D’OLSON MANCUR	5
I.1.1 Les variables du modèle d’Olson Mancur	6
I.1.2 La logique du modèle et condition de l’action collective.....	6
I.2 LA THEORIE NEOCLASSIQUE DU CONSOMMATEUR	7
I.3 LA VALEUR D’UTILITE	8
II. GENERALITES SUR LES MUTUELLES SOCIALES	9
II.1 LA TYPOLOGIE DES MUTUELLES SOCIALES	9
II.1.1 Les mutuelles de santé dites classiques.....	10
II.1.2 Les caisses de solidarité avec volet santé	11
II.1.3 Les mutuelles professionnelles	11
Les mutuelles professionnelles	11
II.1.4 Les systèmes de prépaiement.....	11
II.1.5 Le système de partage des coûts.....	12
Le système de partage des coûts	12
II.2 LE MODE DE FONCTIONNEMENT DES MUTUELLES SOCIALES	12
II.3 LES FORCES ET LES FAIBLESSES DES MUTUELLES SOCIALES	15
II.3.1 Les forces des mutuelles sociales.....	15
II.3.2 Les faiblesses du secteur des mutuelles sociales	16
III. ROLE ET PLACE DES MUTUELLES DANS L’ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE	20
III.1 LE ROLE DES MUTUELLES DANS L’ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE	20
III.2 LA PLACE DES MUTUELLES DANS L’ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE	21
CHAPITRE II : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA MUTRAF	23
I. PRESENTATION DES ORGANES DE LA MUTRAF	23
I.1 L’ASSEMBLEE GENERALE	23
I.1.1 Composition	23
I.1.2 Attributions	24
I.2 LE CONSEIL D’ADMINISTRATION	24
I.2.1 Composition	24
I.2.2 Attributions	25
I.3 LE COMITE DE GESTION	25
I.3.1 Composition	25
I.3.2 Attributions	25
I.4 LES COMITES REGIONAUX	28
I.4.1 Composition	28

I.4.2 Attributions	28
I.5 LE COMITE DE CONTROLE.....	28
I.5.1 Composition	28
I.5.2 Attributions	29
II. FONCTIONNEMENT DE LA MUTRAF	29
II.1 LA FONCTIONNALITE ET LA CAPACITE DE GESTION ET D'ADMINISTRATION DES ORGANES.....	29
II.2 LA CAPACITE DE MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES.....	31
II.2.1 Condition d'affiliation	31
II.2.2 Mobilisation des ressources humaines	33
II.3 LA CAPACITE DE MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES	33
II.4 CAPACITE D'AUTONOMISATION DE LA MUTRAF.....	34
III. LES PRESTATIONS FOURNIES PAR LA MUTRAF	35
CHAPITRE III : ANALYSE DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS	38
I.1 L'influence du mode d'adhésion	38
I.2 L'influence de l'information	40
I.3 L'influence des prestations fournies par la MUTRAF	44
II. ANALYSE SWOT DE LA MUTRAF.....	46
III. SUGGESTIONS POUR UN MEILLEUR FONCTIONNEMENT DE LA MUTRAF	48
III.1 SUGGESTIONS POUR L'AMELIORATION DE LA COMMUNICATION.....	48
III.2 SUGGESTIONS POUR L'AMELIORATION DES PRESTATIONS DE LA MUTRAF.....	49
CONCLUSION GENERALE	51
BIBLIOGRAPHIE	A
OUVRAGES	A
TEXTES DE LA MUTRAF	C

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 : Typologie usuelle des mutuelles sociales.....</i>	05
<i>Tableau 2 : les montants des cotisations.....</i>	09
<i>Tableau 3 : fonctions des membres du Comité de Gestion.....</i>	23
<i>Tableau 4 : Les outils de gestion et d'administration de la MUTRAF.....</i>	26
<i>Tableau 5: le nombre d'adhérents.....</i>	29
<i>Tableau 6 : montant annuel des cotisations des adhérents.....</i>	29
<i>Tableau 7 : montant annuel des recettes et des dépenses.....</i>	30
<i>Tableau 8: analyse SWOT de la MUTRAF.....</i>	48

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : canaux d'information sur l'existence de la MUTRAF.....</i>	42
<i>Figure 2 : niveau d'information des membres.....</i>	43
<i>Figure 3 : connaissance des dirigeants.....</i>	44
<i>Figure 4 : appréciation de la qualité des prestations.....</i>	46

ABREVIATIONS ET SIGLES

AG :	Assemblée Générale
AMO :	Assurance Maladie Obligatoire
AMU :	Assurance Maladie Universelle
AMV :	Assurance Maladie Volontaire
ASMADE :	Association Songui Manegré Aide au Développement Endogène
CARFO :	Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires
CA :	Conseil d'Administration
CC :	Comité de Contrôle
CG :	Comité de Gestion
CNSS :	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CSLP :	Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté
DGI :	Direction Générale des Impôts
GA :	Générale des Assurances
INSD :	Institut Nationale de Statistique et de Démographie
MEG :	Médicaments essentiels Génériques
MEGEES :	Maitrise en Economie et Gestion des Entreprises d'Economie Sociale et Solidaire
MUTRAF :	Mutuelle des Travailleurs du Fisc
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
OST :	Office de la Santé des Travailleurs
PAS :	Programme d'Ajustements Structurels
SONAR :	Société Nationale d'Assurance et de Réassurance
SSP :	Soins de Santé Primaire
UAB :	Union des Assurances du Burkina
UEMOA :	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UFR/SEG :	Unité de Formation et de Recherche / Sciences Economiques et Gestion

INTRODUCTION GENERALE

Autrefois fondée sur la solidarité, l'entraide et le soutien mutuel, la société burkinabè à l'instar des sociétés africaines est de plus en plus affectée par l'individualisme et l'égoïsme. A cela, s'ajoute le phénomène de la vie chère avec pour corollaire, le renchérissement des coûts des services et des biens de première nécessité. Dans un tel contexte, les plus pauvres sont vulnérables. Ainsi, 41,6% des ménages vivent dans la pauvreté et à la limite connaissent l'exclusion sociale du fait de la précarité de leurs conditions de vie (INSD, 2010). En effet, ces ménages éprouvent de nombreuses difficultés pour assurer leurs besoins primaires notamment l'accès aux soins de santé.

Pour combler le déficit de solidarité sociale, les Etats africains vont développer de nouvelles formes de protection sociale.

C'est ainsi, qu'au Burkina Faso deux systèmes de protection sociale ont été mis en place. L'un, public comprend la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires (CARFO) et l'autre, privé regroupe les systèmes classiques d'assurance (UAB, SONAR, GA...). Mais, ces systèmes ne sont pas à la portée des travailleurs du secteur informel et du monde rural et touchent moins de 10% de la population. Le système public lui ne concerne que les travailleurs tandis que le système privé d'assurance orienté vers une clientèle disposant de revenus satisfaisants a du mal à intégrer les personnes ayant un faible revenu.

Aussi, les Etats africains au Sud du Sahara ont entrepris au cours des années 80 une réorganisation profonde de leur système de santé avec une forte décentralisation et une stratégie axée sur les Soins de Santé Primaire (SSP). Cette initiative a été lancée par l'OMS à Bamako en septembre 1987 sous l'appellation « Initiative de Bamako ». Cette initiative n'a pas atteint les objectifs escomptés.

Au regard de la défaillance de la solidarité traditionnelle, du désengagement progressif de l'Etat dans le cadre du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) et des barrières financière, géographique et socioculturelle, à l'accès des citoyens aux soins de santé, les populations développent des stratégies pour faire face aux risques sociaux en s'organisant à travers des mutuelles sociales. La création de ces mutuelles apparaît comme la solution la plus adaptée, en ce sens qu'elles s'adressent a priori à toutes les catégories sociales dont la spécificité est l'impossibilité ou la difficulté d'accès aux soins de santé de qualité. Selon le critère

socioprofessionnel, ces mutuelles touchent des agriculteurs, des éleveurs, des artisans, des commerçants, des fonctionnaires...

Au Burkina Faso, le mouvement mutualiste a commencé au lendemain des indépendances en 1960, avec la création de la « mutuelle douanière de Haute Volta » et a vraiment pris son envol en 1992, avec l'appui de certaines ONG et bailleurs de fonds (Coopération Française, Coopération Belge, Coopération Hollandaise, BIT/STEP, l'ANMC, le CIDR, l'UTM, la GTZ etc.).

La mutuelle apparaît donc comme un outil important au regard de ses objectifs. Ainsi, comme le définit l'article 1^{er} du règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutuelle sociale, la mutuelle est un : « groupement qui, essentiellement au moyen des cotisations de leur membres se propose de mener dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droits, une action de prévoyance d'entraide et de solidarité visant à la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences. ». Selon le même article, la mutuelle est une « forme originale de solidarité, de redistribution et de mutualisation visant à étendre la protection sociale aux populations qui en sont traditionnellement exclues. »

Ce besoin de protection sociale touche toutes les catégories sociales. Selon le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale du Burkina Faso, le dernier inventaire des mutuelles sociales réalisé en juillet 2013, dénombrait 188 mutuelles fonctionnelles avec 103 373 adhérents et 256 015 bénéficiaires. Parmi ces mutuelles, 56% sont des mutuelles de santé classiques soit 105 mutuelles, 18% soit 38 sont des mutuelles professionnelles, 10,7% soit 22 sont des systèmes de partage des coûts, 8% soit 9 sont des systèmes de prépaiement et 2 caisses de solidarité représentant 2% des mutuelles.

A l'instar d'autres secteurs du public, les travailleurs de la Direction Générale des Impôts (DGI) ayant compris la nécessité de la mutualisation, vont créer en 2006 la Mutuelle des Travailleurs du Fisc (MUTRAF) afin de pallier les problèmes de santé auxquels ils font face, mais aussi de se soutenir lors de certains événements sociaux (mariages et décès...).

L'adhésion des agents de la DGI à la MUTRAF se fait automatiquement après leur affectation dans les différentes structures des Impôts. Cette méthode permet à la MUTRAF d'avoir le plus grand nombre possible d'adhérents. Ainsi, on dénombrait en 2013 près de 1 800 membres.

Cependant, bien qu'ayant un effectif très élevé par rapport à sa population cible (2 000 agents plus leurs personnes à charges), la MUTRAF reste méconnue de ses membres qui ne s'en approprient pas réellement.

Quels peuvent - être les facteurs explicatifs de cette non appropriation de la MUTRAF par ses membres et comment parvenir à une amélioration du niveau d'appropriation?

Pour guider notre étude, des questions spécifiques de recherche peuvent - être posées :

Si cette adhésion se faisait par la volonté des agents, pourront-ils réellement intégrer la MUTRAF et en faire la leur?

Le degré d'information, la nature et la qualité des prestations fournies par la MUTRAF ne sont- ils pas à l'origine du désintéressement des membres vis-à-vis de leur mutuelle?

L'objectif global visé par cette étude est d'analyser le mode de gestion de la MUTRAF afin d'en déceler les limites. Ce qui nous permettra de faire des suggestions pour une meilleure appropriation de la MUTRAF par ses membres.

Les objectifs spécifiques suivants nous guideront dans la conduite de notre étude. Il s'agit d'analyser :

- le mode d'adhésion des travailleurs des Impôts à la MUTRAF ;
- la gestion de l'information des membres et les prestations fournies par la MUTRAF.

Partant de la littérature et des données recueillies sur la MUTRAF, nous formulons les hypothèses suivantes :

- H1 : Le mode d'adhésion à la MUTRAF limite son appropriation par les membres ;
- H2 : Le déficit de communication ne permet pas une meilleure compréhension des procédures de la MUTRAF limitant ainsi la mobilisation des adhérents autour des ses objectifs ;
- H3 : Les prestations fournies par la MUTRAF ne sont pas conformes aux attentes des adhérents.

L'étude a été réalisée sur la base d'une analyse documentaire et d'une enquête de terrain. La collecte de données sur le terrain, s'est faite de deux manières : il s'agit des entretiens individuels approfondis effectués avec le président du Conseil d'Administration et le gérant de la MUTRAF d'une part, et l'administration d'un questionnaire auprès de la population cible d'autre part.

Pour la détermination de l'échantillon de l'enquête, le choix a été porté sur la population mère de Ouagadougou où les personnes enquêtées ont été choisies de façon aléatoire.

Sur une population mère (agents des Impôts à Ouagadougou membres de la MUTRAF) estimée à 1 080 personnes, un échantillon de 90 personnes a été retenu pour l'enquête.

L'objectif de la collecte de ces données est de vérifier les hypothèses formulées. C'est ainsi que :

- les entretiens réalisés avec le président du Conseil d'Administration et le gérant ont porté sur le fonctionnement de la MUTRAF et la collecte des données statistiques ;
- le questionnaire d'enquête conçu et élaboré sur la base des hypothèses a mis l'accent sur le degré d'information des membres, sur les prestations offertes et les suggestions. Ce questionnaire est composé de questions fermées et de questions ouvertes.
- la recherche documentaire ayant permis la revue de littérature a consisté à la lecture de documents qui traitent de l'état de lieux des mutuelles sociales, et des rapports et mémoires qui abordent des thèmes relatifs aux mutuelles. Cette recherche a été essentiellement menée dans des bibliothèques mais également sur Internet.

L'outil de traitement des données utilisé est Excel. Pour ce faire, nous avons créé un masque de saisie sur Excel qui nous a permis de déterminer les différentes variables statistiques. La méthode d'analyse utilisée est la réalisation de tableaux et de graphiques ainsi que l'outil SWAT.

Ce travail s'articulera autour de trois chapitres.

Le premier chapitre aborde le cadre théorique, les typologies et le mode de fonctionnement des mutuelles sociales. Le deuxième chapitre présente les organes, le fonctionnement et les prestations de la MUTRAF et le troisième chapitre traite les données recueillies et fait des suggestions dans le but de renforcer l'esprit mutualiste des membres.

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE ET GENERALITES SUR LES MUTUELLES SOCIALES AU BURKINA FASO

Le Burkina Faso reconnaît le droit à la protection sociale et le droit à la santé. Tout burkinabè doit jouir effectivement de ce droit pour se prémunir des risques sociaux. C'est dans cette optique que plusieurs mutuelles sociales ont vu le jour en vue d'assister les populations lors des événements sociaux. L'importance de ces mutuelles dans la vie sociale des citoyens va crescendo et le gouvernement a décidé sur la base d'études menées depuis quelques années, de mettre en place un système d'assurance maladie universelle et de promouvoir les mutuelles sociales en vue de faciliter l'accès des populations burkinabè aux soins de santé. Dans ce chapitre, nous aborderons le cadre théorique et les généralités sur les mutuelles sociales ainsi que l'assurance maladie universelle.

I. CADRE THEORIQUE

L'affiliation à une mutuelle, permet à l'adhérent de bénéficier des prestations offertes. Toutefois, le degré d'adhésion du membre à sa mutuelle est fonction de son comportement mais également de la valeur d'utilité qu'il y tire.

Le cadre conceptuel sur lequel nous nous appuyons dans cette étude est la logique de l'action collective d'Olson Mancur, la théorie du consommateur et la valeur d'utilité d'un bien ou un service.

I.1 LA LOGIQUE DE L'ACTION COLLECTIVE D'OLSON MANCUR

Olson M. se base sur la théorie des groupes et des organisations dans une approche individualiste afin de répondre à la question de savoir pourquoi certains groupes sont organisés et d'autres ne le sont pas ?

Il propose une explication de certains aspects du comportement des groupes et des organisations à partir des attitudes et des comportements rationnels des individus qui les composent.

Olson M. constate que dans une organisation, coexistent des intérêts individuels et des intérêts communs. Les intérêts communs signifient que la fonction principale de toute organisation est la fourniture d'un bien public. Cette fourniture implique des coûts. Les intérêts individuels supposent que les individus maximisent leur avantage en toute situation.

1.1.1 Les variables du modèle d'Olson Mancur

Le modèle d'Olson M. comporte 7 variables. Ce sont :

- la dimension du Groupe (Q_g) : elle mesure le nombre d'individus composant le groupe, mais aussi la valeur d'une unité du bien collectif pour chaque individu du groupe ;
- le taux ou le niveau d'obtention du bien collectif (P_c) ;
- le coût total $C = f(P_c)$: il est fonction du niveau de production du bien collectif. C'est une fonction croissante et une autre caractéristique est que les coûts initiaux seront importants : la première unité d'un bien collectif est onéreuse ;
- gain du groupe : le gain du groupe est fonction du niveau du bien collectif obtenu et de la dimension du groupe : $(R_g) = Q_g * P_c$
- gain de l'individu i (R_i)
- fraction du gain obtenu par individu i (F_i) : $F_i = R_i / R_g$ (part du gain individuel)

R_i est le gain de l'individu, et $R_i = F_i * R_g$

- l'avantage (AI) : l'avantage que l'individu i tirera en obtenant une fraction du bien collectif. Il est égal à $A_i = (R_i - C)$.

1.1.2 La logique du modèle et condition de l'action collective.

Les relations entre les variables montrent que le comportement d'un groupe est fonction des comportements des individus qui le composent, et les comportements des individus dépendent des avantages relatifs de leurs choix.

Une des variables déterminantes de l'action collective est l'avantage (AI). C'est le revenu individuel net du coût de l'action collective. Le comportement de l'individu placé en situation d'action collective dépend donc de AI.

Si A_i est positif, R_i est supérieur à C, alors la mutuelle peut être créée et l'individu va y contribuer; mais dans le cas où A_i est négatif, inférieur à l'optimum de l'individu, il n'est pas rationnel pour l'individu de participer à l'action collective.

1.2 LA THEORIE NEOCLASSIQUE DU CONSOMMATEUR

La théorie du consommateur est la modélisation économique du comportement d'un agent économique en tant que consommateur de biens et de services.

L'étude du comportement du consommateur se fait en deux étapes. Il faut tout d'abord décrire les préférences des individus, c'est-à-dire pourquoi ils préfèrent tel bien plutôt qu'un autre. Ensuite, les agents ayant des ressources limitées, leur consommation est contrainte par leur budget. La combinaison des préférences et des contraintes de budget déterminent les choix de consommation, plus précisément la combinaison de biens que les agents économiques choisiront afin de maximiser leur utilité.

Le principe de la théorie néoclassique est le suivant : le consommateur cherche à maximiser sa satisfaction sous contrainte de son revenu.

Soit x_1 et x_2 deux biens constituant le panier d'un consommateur (ensemble d'un ou plusieurs biens), l'utilité qu'il tire de la consommation de ces deux biens s'écrit :

$$U_{(x_1, x_2)} = f(x_1, x_2)$$

L'individu va chercher à maximiser son utilité (utilité totale) sous contrainte de son revenu en effectuant une allocation de son revenu à l'achat d'une certaine quantité des deux biens telle que :

$$\text{Max} U_{(x_1, x_2)} / R \geq x_1 p_1 + x_2 p_2 \quad \text{Max} U_{(x_1, x_2)} / R \geq x_1 p_1 + x_2 p_2$$

Où R est le revenu détenu par l'agent économique et P_1 et P_2 respectivement prix des biens x_1 et x_2 .

Par ailleurs, le taux marginal de substitution (TMS) entre les biens x_1 et x_2 est décroissant, ce qui signifie que pour maintenir son utilité optimale constante, l'agent doit renoncer par

exemple, à des quantités décroissantes du bien x_1 pour obtenir des accroissements successifs égaux de la quantité du bien x_2 et vice versa (Mc. Connell et Brue, 2005) ; autrement dit, il doit arbitrer.

Le TMS mesure le taux auquel le consommateur est disposé à substituer un bien à un autre tout en gardant le même niveau d'utilité c'est-à-dire de satisfaction.

Pour ce faire, l'individu va donc opérer un raisonnement à la marge pour le choix du bien qui lui procure une utilité optimale avec :

$$U_{x_1} < U_{x_2} \Rightarrow x_1 < x_2$$

En effet, sur le marché de l'assurance par exemple, l'individu rationnel aura tendance à rechercher une assurance qui lui offre des services de protection les plus efficaces et que son revenu puisse supporter. Si les services proposés par un assureur permettent à l'agent économique d'atteindre un niveau de satisfaction supérieur à celui de sa situation actuelle, l'agent économique selon la théorie néoclassique va allouer une partie de son revenu à l'acquisition de ce service, toutes choses égales par ailleurs.

De ce fait, le modèle de choix du consommateur explique comment les acheteurs concilient ce qu'ils aimeraient faire, ce qui est décrit par leurs goûts ou leurs préférences et ce que le marché leur permet de faire, et ce qui est dicté par leurs revenus et les prix des différents biens et services (Begg et al., 2002)

Les préférences du consommateur peuvent aussi être liées à la valeur d'utilité ou la valeur économique d'un bien.

I.3 LA VALEUR D'UTILITE

La valeur d'utilité désigne la valeur d'un bien ou d'un service pour un consommateur en fonction de l'utilité qu'il en retire par rapport à sa personne, à ses besoins et à ses connaissances dans des circonstances données.

Dans la société, l'information n'est pas nécessairement parfaite. En effet, le dysfonctionnement du marché entraîne parfois une asymétrie d'information entre les parties en présence. L'asymétrie d'information est une situation dans laquelle, l'information entre

deux agents sur un marché est biaisée. Par conséquent, la qualité d'un bien peut parfois se révéler après acquisition. Le consommateur se fonde le plus souvent sur la marque et la réputation du produit.

La marque d'un produit doit être à mesure de transmettre une image de crédibilité, afin d'inciter le consommateur à surmonter le problème endémique posé par les biens dont la qualité ne se révèle qu'à l'usage. Les besoins et les valeurs du consommateur s'expriment dans sa façon de vivre et d'occuper son temps, c'est-à-dire par un ensemble d'activités d'intérêts et d'opinions. Le choix d'acquisition d'un bien ou d'un service par le consommateur n'est pas un fait du hasard ; ce choix répond à un arbitrage opéré en fonction de son revenu, de la valeur d'utilité du bien et de ses besoins. Toutefois, la connaissance du bien ou du service par le consommateur contribue à faciliter son choix.

A partir de ce cadre théorique, on peut retenir un certain nombre d'éléments susceptibles d'influencer le comportement d'appropriation de l'adhérent à la MUTRAF.

L'adhérent à la MUTRAF doit déboursier une certaine somme d'argent. Ce qui sous-entend que l'adhérent tient compte de son revenu pour s'affilier.

De plus, l'information des membres sur la vie de la mutuelle doit être parfaite. Ce qui pourrait permettre aux mutualistes de s'approprier le fonctionnement de leur structure.

La mutuelle pour donner une bonne image d'elle-même doit être à mesure d'offrir des services de qualité à ses membres.

II. GENERALITES SUR LES MUTUELLES SOCIALES

II.1 LA TYPOLOGIE DES MUTUELLES SOCIALES

Il existe plusieurs critères de classification des mutuelles sociales : typologie usuelle, la typologie suivant l'origine de l'initiative de création de la mutuelle sociale et la typologie suivant le degré de fonctionnalité des mutuelles sociales.

Selon la typologie usuelle définie par Jean Baptiste ZETT et al, on distingue six (6) catégories de mutuelles sociales que sont : les mutuelles de santé classiques, les mutuelles de santé

couplant crédit-santé, les mutuelles professionnelles, les caisses de solidarité, les systèmes de prépaiement et les systèmes de partage des coûts.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des mutuelles sociales recensées suivant cette typologie usuelle.

Tableau 1 : Typologie usuelle des mutuelles sociales

Mutuelles	Nombre	Pourcentages
Mutuelles de santé classiques	131	63,9%
mutuelles professionnelles	38	18,5%
systèmes de partage de coût	22	10,7%
systèmes de prépaiement	9	4,4%
caisses de solidarité	5	2,4%
TOTAL	205	100%

Source : *Inventaire mutuelles sociales 2011, ASMAD*

Selon le critère usuel, 205 mutuelles ont été recensées dont 63,9% concernent des mutuelles de santé classiques, 18,5% sont des mutuelles professionnelles, 10,7% sont des systèmes de partage de coût, 4,4% sont des systèmes de prépaiement et 2,4% sont des caisses de solidarité.

II.1.1 Les mutuelles de santé dites classiques

Les mutuelles de santé dites classiques, sont des associations de personnes à but non lucratif qui se sont volontairement regroupées pour mener en leur faveur et en faveur de leurs familles une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans les domaines des risques sociaux. Pour ce faire, elles mettent en œuvre une entreprise au moyen des droits d'adhésion et cotisent pour s'offrir des prestations qui répondent à leurs besoins. Cette association fonctionne sur la base de la solidarité, de la démocratie et de l'autonomie. On peut distinguer 3 types de mutuelles de santé classiques :

- *Les mutuelles urbaines* qui sont des unités complexes parce qu'elles prennent en charge de gros risques et sont de tailles importantes. Elles exigent de bonnes compétences en termes d'administration et de gestion. Des exemples de cette catégorie sont : la mutuelle de santé « Laafi Baoré », de la Mutuelle Sainte Famille de Tounouma, La Mutuelle Nationale de Santé des Etudiants du Burkina Faso (MUNASEB), la Mutuelle des Forces Armées Nationales (MUFAN) ;

- *Les mutuelles rurales* s'adressent à un public cible moins nanti que ceux couverts par les mutuelles urbaines. Elles sont plus vulnérables et de faible taille. Elles se limitent généralement à la couverture de petits risques compte tenu du pouvoir d'achat limité de leur groupe cible ;

- *Les mutuelles type crédit-santé* sont des formes d'initiatives qui combinent dans le cadre d'un dispositif, la micro finance à la mutualité. La différence avec la mutuelle de santé réside dans la mise en œuvre et dans la relation fonctionnelle qu'elles établissent entre les activités de crédit-épargne et celles liées à la santé. L'obtention du crédit est généralement subordonnée au paiement régulier des cotisations à la mutuelle de santé qui coexiste avec un système d'épargne santé.

II.1.2 Les caisses de solidarité avec volet santé

Les caisses de solidarité avec volet santé, sont des initiatives issues de la formalisation d'une pratique d'entraide informelle entre les individus d'une localité ou une structure donnée en vue de faire face aux événements sociaux (baptêmes, décès, maladies, funérailles, etc.). Ces caisses permettent de collecter régulièrement les cotisations des membres. La première expérience identifiée au Burkina Faso est celle de la mutuelle de la douane de Haute-Volta.

II.1.3 Les mutuelles professionnelles

Les mutuelles professionnelles sont dans les faits des caisses de solidarité dont la particularité est de regrouper les travailleurs d'une entreprise donnée. On les rencontre donc dans les services publics et parapublics et dans certaines entreprises privées. La MUTRAF en est un exemple.

II.1.4 Les systèmes de prépaiement

Qualifiés parfois de « système de prépaiement mutualisé volontaire » ou encore de « mutuelle sanitaire », *les systèmes de prépaiement* sont initiés et proposés par les formations sanitaires en particuliers celles situées au premier échelon (CSPS) du premier niveau de soins (District

sanitaire) de la pyramide sanitaire. Ils ont pour double but d'améliorer l'accès aux soins, notamment pour les populations à fort potentiel de risque d'indigence saisonnière et d'accroître leur base financière dans l'optique de l'autonomie financière des structures de santé. Le prépaiement consiste pour tout membre du système à payer une somme fixe, une fois par an, afin de bénéficier des soins tout au long de l'année. C'est un système qui vient en complément des mécanismes traditionnels d'entraide (R. Cazal-Gamelsy et al, 2000). Ce sont les représentants de la communauté, à travers les comités de gestion des formations sanitaires mis en place par les populations locales qui gèrent le système en collaboration avec les agents de santé. C'est donc un dispositif basé sur la cogestion (prestataires de soins et représentants de la communauté).

Théoriquement, la structure devrait être gérée par les membres. Cependant, la finalité de ces structures est d'amener les membres à s'approprier leurs mutuelles et à les gérer de façon autonome. Le qualificatif de mutuelle donné à ces structures tient au fait que l'adhésion est libre, et qu'elles organisent le partage des risques et font de la prévoyance.

II.1.5 Le système de partage des coûts

Le système de partage des coûts est un dispositif initié aussi par l'offre de soins et qui met à contribution une multiplicité d'acteurs de l'aire d'intervention d'un district sanitaire (les prestataires de soins publics, les comités de gestion des centres de santé, les bénéficiaires et éventuellement les Communes et/ou les Hauts commissariats) pour la prise en charge des soins chirurgicaux et obstétricaux d'urgence. Les catégories sociales visées par ces dispositifs sont prioritairement les femmes enceintes et les enfants de bas âge. Le comité de gestion finance leur participation sur la base des recettes issues de la vente des MEG. L'Etat subventionne une partie de ces soins.

II.2 LE MODE DE FONCTIONNEMENT DES MUTUELLES SOCIALES

Les mutuelles sociales s'adressent à toutes les catégories sociales désirant l'amélioration de leur accès aux soins de santé ou sentant la nécessité de partager les risques sociaux encourus. On distingue des agriculteurs, des éleveurs, des artisans, des commerçants, des fonctionnaires, des groupements professionnels d'agriculteurs ou d'artisans etc.

L'adhésion à une mutuelle sociale se fait normalement sans distinction de sexe, d'ethnie, de religion ou de race. Toute personne physique ou morale appartenant à la population cible d'une mutuelle sociale peut devenir membre après avoir rempli les conditions financières suivantes : le droit d'entrée ou droit d'adhésion et les cotisations.

Les droits d'adhésion dans la majorité des mutuelles sociales (86,6%) sont inférieurs à 2 000 FCFA avec une moyenne de 1 812 FCFA. Les structures qui exigent plus de 5 000 FCFA comme droits d'adhésion représentent 6,4% de l'ensemble et concernent généralement les mutuelles professionnelles. (ASMADE 2011).

Le mode de détermination des cotisations s'apparente à celui des droits d'adhésion. Les cotisations dominantes (39,7% des mutuelles recensées) sont celles dont le montant est inférieur à 500 FCFA par mois, suivies des cotisations dont les montants sont compris entre 2 000 et 5 000 FCFA avec près de 18% des mutuelles recensées. (ASMADE 2011).

Tableau 2 : les montants des cotisations

Montant (FCFA)	Effectifs	Pourcentage
500	62	39,7%
500 à 1 000	10	6,4%
1001 à 2000	24	15,4%
2001 à 5000	28	17,9%
5001 à 10000	8	5,1%
10 001 et +	24	15,4%
TOTAL	156	100%

Source : *Inventaire mutuelles sociales 2011, ASMADE*

Enfin, les cotisations supérieures à 10 000 FCFA concernent une part importante de l'échantillon (15,4%). Les mutuelles concernées par cet intervalle de cotisation sont majoritairement situées en zone urbaine et en occurrence, sont les mutuelles professionnelles.

La périodicité de paiement de ces cotisations est généralement annuelle couvrant près de 60,2% des mutuelles, suivie du paiement mensuel pour près de 30,1%. Les autres modes de collecte des cotisations, très peu pratiqués correspondent à des périodes de bonne trésorerie des adhérents, notamment au moment des récoltes (ASMADE 2011). Le recouvrement des cotisations peut se faire par paiement direct des membres ou par des prélèvements à la source. Ce dernier mode concerne généralement les mutuelles professionnelles.

Les prestations couvertes varient selon le type de mutuelle sociale et concernent les prestations couvertes au niveau primaire et celles couvertes aux niveaux secondaire et tertiaire.

Toutes les catégories de mutuelles sociales couvrent des prestations au niveau primaire dans des structures de santé que sont les CSPS et les CMA. Ces prestations comportent d'une manière générale, la prise en charge des soins ambulatoires, des actes médicaux, des MEG et des évacuations.

Les soins ambulatoires et les actes médicaux sont surtout pris en charge par les systèmes de prépaiement, les systèmes de partage des coûts et les mutuelles de santé classiques. Les caisses de solidarité et les mutuelles professionnelles interviennent très peu dans ce domaine. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elles prennent en charge plusieurs catégories de risques sociaux (naissances, baptêmes, mariages, prêts, maladies, décès, funérailles, etc.) parmi lesquels le risque maladie n'est pas prioritaire. (ZETT et al).

Aux niveaux secondaire et tertiaire, seules trois mutuelles sociales interviennent. Ce sont : la mutuelle de santé urbaine « Laafi-Baoré » de Ouagadougou, la Mutuelle de santé de « Boré » dans le Passoré, la Mutuelle des Forces Armées Nationales.

Dans la structuration interne, on retrouve les organes d'administration et de gestion que sont : un Conseil d'Administration, un comité de gestion, un comité de contrôle, un comité de surveillance. La durée des mandats varie entre 2 et 5 ans.

Les mutuelles sociales sont relativement bien dotées en outils de gestion et d'administration. Plus des 2/3 des mutuelles disposent d'un manuel de procédures, d'un organigramme, de procédures de suivi des adhésions, de recouvrement des cotisations et de traitement des retards de cotisations. Elles disposent aussi de registres des adhérents, de registres des prestations et d'outils comptables. Certaines ont un budget qui fait l'objet d'un suivi.

Par contre, des procédures ou des outils liés à la gestion des risques de fraude et d'abus de la part des membres ou à la gestion des risques de sur-prescription ne sont mis en œuvre

respectivement que par 41,5% et 34,4% des mutuelles sociales. Ce défaut d'outils est une faiblesse qui pourrait expliquer en partie les difficultés qu'éprouvent les mutuelles sociales à fonctionner de façon autonome (ASMADE 2011).

On note que près du quart (24,8%) des mutuelles sociales utilisent des logiciels d'information et de gestion adaptés aux mutuelles de santé. Les logiciels concernés sont: SGM, CS100, SAGE (ASMADE 2011).

Les recettes globales des mutuelles sociales peuvent être estimées à 1,023 milliards FCFA avec un total d'adhérents estimé à 103 373 individus (ASMADE, 2011). Les dépenses liées aux prestations maladie ne sont que de 171,8 millions FCFA sur des dépenses totales de 286,7 millions FCFA. Sur 01 FCFA de dépensé 0,59 FCFA va à la prise en charge santé. Sur 01 FCFA encaissé 0,16 FCFA va à la prise en charge santé. (ASMADE, 2011).

Les mutuelles sociales, en raison de leurs spécificités apparaissent comme une alternative qu'il convient de mieux organiser et renforcer. Pour un bon fonctionnement, il est utile qu'elles établissent des relations avec des acteurs qui sont au cœur de la promotion du système mutualiste tels que l'Etat, la coopération internationale, les structures d'appui et aussi les prestataires de soins.

II. 3 LES FORCES ET LES FAIBLESSES DES MUTUELLES SOCIALES

II.3.1 Les forces des mutuelles sociales

- L'accessibilité aux prestations

Les mutuelles facilitent l'accès de leurs membres aux soins de santé et permettent de ce fait, d'accroître le taux de fréquentation des services de santé.

Les statistiques indiquent qu'au Burkina Faso le nombre de nouveaux contacts/habitant et par an est d'environ 0,64 (Ministère de la santé, 2010). Or, les mutuelles sociales fixent en moyenne le nombre de contacts par an entre 03 et 04 épisodes pour chaque bénéficiaire. (ZETT et al)

- L'existence d'un potentiel de couverture

Les mutuelles sociales permettent aux catégories sociales relativement pauvres de disposer à temps, de ressources financières propres pour faire face aux problèmes de santé.

Le taux de prise en charge (80% en moyenne), réduit les dépenses maladies des membres. Le mode de paiement qui est le tiers payant, favorise l'utilisation des services et est pertinent au regard de la situation de précarité des populations cibles.

- L'engagement de l'Etat

Les mutuelles sociales bénéficient de l'accompagnement de l'Etat au développement du mouvement social. En effet, l'Etat a pris des engagements pour la création d'une direction de la mutualité chargée des aspects juridiques des mutuelles de même que la création d'un cadre de concertation national pour promouvoir la mutualité.

- Structures d'Appui aux Mutuelles de santé (CCSAM)

Depuis 2008, les structures d'appui sont organisées dans un cadre de concertation dénommé Cadre national de concertation des structures d'appui aux mutuelles de santé (CCSAM).

Le CCSAM permet entre autres, de faire un plaidoyer auprès des décideurs pour une meilleure visibilité des mutuelles, de mener des réflexions en vue du développement des mutuelles et de renforcer les compétences des acteurs...

- Les partenaires et les structures d'appui

Les partenaires techniques et financiers des mutuelles sociales sont divers. On peut citer : l'Alliance Nationale des Mutualité Chrétienne de Belgique, la mutualité socialiste de Belgique, la coopération française, l'Ambassade des Pays-Bas, la SNV, Børnefonden, l'UNICEF, l'UEMOA. Ces partenaires internationaux ou sous régional accompagnent les structures d'appui et favorisent la mise en place des mutuelles sociales.

Les structures d'appui au nombre de quatre (4) sont : le RAMS, ASMADE, ADRK, ONG Børnefonden.

II.3.2 Les faiblesses du secteur des mutuelles sociales

- Le bénévolat

Dans la gestion des mutuelles sociales les dirigeants sont des bénévoles. Le bénévolat peut favoriser ainsi l'autonomie des mutuelles dans le sens où la gestion peut se faire sans l'assistance d'intervenants extérieurs. Les bénévoles allient à cet effet, leurs tâches professionnelles à celles de la gestion des mutuelles. Dès lors, leur charge de travail devient très élevée alors qu'ils ne sont généralement pas motivés.

Les conséquences qui peuvent en découler sont :

- les difficultés liées à la tenue des comptes de la caisse ;
- le suivi des rapports d'activités et des documents de gestion ;
- l'organisation des AG.

Le statut de bénévolat est perçu comme un facteur qui influe négativement sur la qualité des prestations que les bénévoles fournissent.

- La faiblesse du taux d'adhésion

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la faiblesse du taux d'adhésion dont:

- La mauvaise gouvernance qui est à l'origine d'un manque de confiance des bénéficiaires à l'endroit des dirigeants. Les bénéficiaires, souvent confrontés à des expériences malheureuses n'hésitent pas à remettre en cause les compétences des gestionnaires. Ce qui fragilise les mécanismes déjà mis en place ;
- les attitudes des populations vis-à-vis du risque maladie : pour certains groupes sociaux, prévoir la maladie serait une attitude qui provoquerait sa survenue (Bouda, 2001); il y'a donc une forte préférence à s'occuper des faits avérés que de les prévoir ;
- le faible accompagnement de l'Etat dans les initiatives mutualistes ne permet pas aux populations de percevoir l'importance de ses structures ;
- le problème de la qualité et de la disponibilité des médicaments ainsi que la mobilité du personnel soignant influent négativement sur la décision d'adhésion des populations à ces initiatives ;
- Les difficultés liées aux recouvrements des cotisations.

La collecte des cotisations est une des difficultés majeures à laquelle est confrontée la majorité des mutuelles sociales. Malgré des stratégies mises en place, le recouvrement des cotisations n'est pas une chose aisée. Les mutuelles connaissent toujours des retards de paiement et parfois des problèmes de non paiement. Ces difficultés se posent avec acuité dans les zones rurales dont la ressource financière des ménages est saisonnière. Ce problème de recouvrement peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- Un défaillant mécanisme de collecte des ressources financières ;
- le comportement opportuniste des membres;
- le niveau de pauvreté élevée impacte négativement sur la capacité des populations à cotiser ;

Les enquêtes antérieures réalisées auprès des adhérents et des ex-adhérents révèlent que le montant des cotisations est la principale cause de la non-adhésion ou des démissions (Bayala, 2010, Bouda, 2001).

- La faible compétence dans la gestion

Le fonctionnement d'une mutuelle nécessite des membres, un niveau d'instruction scolaire nécessaire pour leur permettre de participer aux échanges et à la gestion de leur organisation. Cependant, il est à noter que la majorité des membres des mutuelles dans les zones rurales en particulier sont analphabètes. L'analphabétisme des gestionnaires entrave la maîtrise des outils de gestion et d'administration. En outre, le manque de formation lié à la faible disponibilité des ressources financières ne permet pas d'accroître la compétence des dirigeants dans la majorité des mutuelles.

- la faible compréhension de l'esprit de la mutualisation

Le peu d'intérêt des adhérents dans la participation au fonctionnement des mutuelles, l'hétérogénéité des membres, le caractère impersonnel des relations entre les membres et l'absence d'une politique de formation sont des facteurs qui limitent le développement d'une culture mutualiste. Ainsi, certains membres se plaignent du montant des cotisations qu'ils estiment élevé pendant qu'ils exigent de leur mutuelle une prise en charge plus importante.

Ce problème est propre aux mutuelles de santé classique.

- Le déficit de communication au sein des mutuelles

Il existe un déficit de communication sur le fonctionnement des mutuelles, ce qui ne favorise pas une forte adhésion des populations aux objectifs escomptés.

- L'absence de cadre législatif et réglementaire

Jusqu'à nos jours, on note l'inexistence d'un cadre législatif et réglementaire spécifique aux mutuelles sociales malgré la volonté politique de les promouvoir à travers la création de la Direction de la Mutualité au sein du Ministère de la Fonction Publique et de la Sécurité Sociale.

Sur le plan sous régional, la zone UEMOA a adopté une directive des mutuelles sociales en juin 2009 mais cette directive n'est pas encore internalisée. Les mutuelles sociales fonctionnent donc sous le statut juridique d'association conformément à la loi n°10/92/ADP du 15 décembre 1992 portant liberté d'association au Burkina Faso. La conséquence de cette

loi est la liberté qu'elle accorde aux organisations dans la gestion financière. Cette liberté peut cependant être source de risques de dissipation des cotisations des membres et partant, d'une détérioration de la qualité des prestations des mutuelles.

- La mobilité des agents de santé formés sur la mutualité

La mobilité des agents de santé impliqués dans le fonctionnement des mutuelles au niveau local est une source de dysfonctionnement. Le fonctionnement des mutuelles repose jusque-là sur la construction d'une relation plus personnalisée qu'institutionnelle avec les agents de santé au niveau local. Cela s'explique par le fait que tous les agents de santé ne se sentent pas forcément concernés par la philosophie des mutuelles. La mobilité des agents formés porte préjudice à la qualité de ces relations. (ZETT et al).

- La qualité des soins

La mauvaise qualité des soins jugée par la population est un facteur qui freine la création et handicape le développement des mutuelles sociales. C'est un facteur déterminant dans les causes de la faible fréquentation ou utilisation des centres de santé publics. Cette perception fait que les populations ont peu d'engouement pour les mutuelles car, elles ne sont pas rassurées de la qualité de l'offre des structures sanitaires.

- Les ruptures de stock de MEG dans les centres de santé

Les conventions entre des mutuelles et les centres de santé exigent une prescription des ordonnances uniquement basée sur les MEG. Cependant, ces centres de santé connaissent parfois des ruptures de stock fréquentes de MEG ou prescrivent des médicaments non disponibles dans les dépôts pharmaceutiques. La conséquence de cette situation est que la règle du tiers payant sensée faciliter l'accès aux soins de santé n'est plus effective car les mutualistes sont obligés d'honorer les frais de leur ordonnance.

Les mutuelles sociales facilitent l'accès des populations aux soins de santé. Mais plusieurs facteurs minent leur développement. Vu leur importance dans la gestion du risque social, l'Etat tente de les soutenir en créant l'Assurance Maladie Universelle.

III. ROLE ET PLACE DES MUTUELLES DANS L'ASSURANCE

MALADIE UNIVERSELLE

Le système national d'assurance maladie a été conçu en vue de permettre une couverture sanitaire de base pour tous les burkinabè à l'horizon 2015. Dans cette optique, le projet de mise en œuvre a été adopté en Conseil des Ministres le 4 août 2008 suivi de la création d'un Comité de Pilotage (CP) et d'un Secrétariat Permanent d'Assurance Maladie Universelle (SP/AMU) chargés d'assurer la supervision de ce chantier.

Le principal objectif visé à travers le système national d'assurance maladie est l'accès équitable de l'ensemble de la population burkinabè à des soins de santé de qualité.

Le projet d'assurance maladie prévoit deux types de régimes:

- un régime obligatoire sous la forme d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) concernant les travailleurs du secteur formel (privé et public) ;
- un régime volontaire sous la forme d'Assurance Maladie Volontaire (AMV) couvrant les travailleurs des secteurs informel et agricole. Ce dernier devrait évoluer vers une assurance maladie obligatoire.

III.1 LE ROLE DES MUTUELLES DANS L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

Les mutuelles sociales peuvent servir d'outil pour l'extension de l'Assurance Maladie Universelle. Ainsi, elles peuvent être des intermédiaires entre l'AMU et les adhérents potentiels.

Elles peuvent donc assumer les fonctions d'information et de sensibilisation des potentiels mutualistes. Grâce à leur proximité avec les usagers elles peuvent en plus assumer les fonctions techniques de gestion des affiliations, du recouvrement des cotisations et de diffusion de la culture de la mutualisation des risques.

Les mutuelles sociales sont donc un moyen efficace qui permet d'opérationnaliser l'assurance maladie universelle dans une perspective de professionnalisation et de viabilité à long terme.

III.2 LA PLACE DES MUTUELLES DANS L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

La création de l'AMU va consolider les mutuelles existantes. La taille des mutuelles sociales ne permet pas des économies d'échelle mais, l'avènement de l'AMU pourrait permettre à ces structures de disposer de plus de ressources ce qui contribuerait fortement à leur pérennisation. Il s'agit, d'accroître la base sociale des mutuelles existantes en renforçant leur capacité financière, en leur offrant des outils, des stratégies, de meilleures méthodes de gestion et en les aidant à mieux s'organiser.

Les mutuelles sociales devraient aboutir à une transformation radicale du système national de santé publique pour en faire un système accessible à tous. Elles répondent ainsi à la volonté du gouvernement d'offrir à chaque burkinabè un minimum de protection sociale, conformément aux engagements internationaux.

Le rôle de l'AMU est donc d'offrir à l'ensemble de la population un paquet minimum de prestations devant garantir aux citoyens l'accès à des soins de santé de base. Ce paquet se limite essentiellement à l'offre de soins publique et aux consommables et médicaments génériques jugés fondamentaux. Cependant, ce paquet minimal laisse un espace pour l'offre de paquets de prestations complémentaires par les sociétés d'assurance privées et/ou les mutuelles sociales.

La mise en place du système d'assurance maladie universelle apparaît ainsi comme un instrument de réalisation du droit à la santé et à la protection sociale pour tous. Il s'agira, concrètement, de mettre en place dans chaque commune, une mutuelle communautaire ; dans chaque région, une union de mutuelles sociales. Et aussi, dans les différents corps de métiers, des mutuelles professionnelles qui serviront de relais pour le déploiement de l'assurance maladie universelle. Sa réussite dépendra donc d'une large adhésion des populations.

Pour ce faire, l'Etat devrait travailler à créer un environnement propice au développement des mutuelles sociales au Burkina Faso. Cette nécessité passe impérativement par la création d'un cadre réglementaire propre aux mutuelles sociales et la promulgation d'une loi spécifique pour l'encadrement de la mutualité.

En somme, l'importance des mutuelles sociales n'est plus à démontrer. En tant qu'entreprises d'économie sociale, elles n'ont pas pour objectif de réaliser un profit maximum mais de faire

des prestations de services de bonne qualité, au meilleur coût au profit du plus grand nombre possible de personnes. Elles offrent donc une meilleure accessibilité des populations aux soins de santé en adaptant les besoins de santé à la capacité contributive des membres. En outre, les mutuelles contribuent au développement des politiques de protection sociale. L'importance avérée de ces organisations justifie l'intérêt qui leur est porté et la nécessité de travailler à leur promotion. Cependant, le niveau d'instruction (compétence) des membres, les difficultés dans le recouvrement des cotisations, la capacité contributive des adhérents... sont autant de difficultés qui minent encore le développement de certaines mutuelles sociales.

Vu l'impact de ces mutuelles sur l'amélioration de la vie sociale des populations, et face à ces difficultés, l'Etat tente d'offrir à ces organisations, un environnement professionnel pour leur permettre de se développer et de faire face aux risques sociaux à travers la création de l'assurance maladie universelle.

CHAPITRE II : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA MUTRAF

La Direction Générale des Impôts (DGI) est une structure centrale du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) chargée du recouvrement des recettes fiscales et de l'application de la législation fiscale à l'intérieur du Burkina Faso. Elle compte en son sein plus de deux milles (2 000) agents de catégories A, B, C et autres agents d'appui intervenant sur toute l'étendue du territoire national.

Ces agents font face tout au long de leur carrière, à des événements sociaux (mariages, décès...) mais aussi à des problèmes de santé. Dès lors, il fallait trouver un cadre social qui leur permet de se rapprocher et de s'assister mutuellement.

Fruit d'un consensus entre les agents des impôts, la Mutuelle des Travailleurs du Fisc (MUTRAF) a donc été créée en 2006. Si elle a connu un début difficile parce qu'elle n'avait pas un récépissé de reconnaissance, la MUTRAF sera fonctionnelle à partir de janvier 2008. Elle a pour objet la solidarité et l'entraide, et offre aux agents du Fisc un cadre pour mutualiser leurs risques sociaux.

I. PRESENTATION DES ORGANES DE LA MUTRAF

La MUTRAF est administrée et gérée par les instances et organes suivants :

- l'Assemblée Générale (AG) ;
- le Conseil d'Administration (CA) ;
- le Comité de Gestion (CG) ;
- le Comité de Contrôle (CC) ;
- et les Comités Régionaux (CR).

I.1 L'ASSEMBLEE GENERALE

I.1.1 Composition

L'Assemblée Générale est l'instance suprême de la MUTRAF. Elle comprend :

- les membres du Conseil Administration ;

- les membres du Comité de Gestion ;
- les membres du Comité de Contrôle ;
- les membres des Comités Régionaux ;
- les délégués régionaux élus en assemblée générale régionale.

I.1.2 Attributions

L'Assemblée Générale est dotée du pouvoir :

- de définir les missions et de formuler la politique de la MUTRAF ;
- d'approuver et de modifier les textes fondamentaux de la MUTRAF ;
- d'examiner et d'approuver les rapports d'activités des divers organes y compris le comité de contrôle ;
- d'examiner et d'approuver les comptes annuels et le budget de la MUTRAF ;
- de fixer le montant des cotisations et d'entériner la contribution spéciale prévue à l'article 30 des statuts ;
- d'élire les membres des organes statutaires (CA, CG et CC) ;
- de décider des nouvelles orientations et de la dissolution de la MUTRAF.

L'Assemblée générale donne quitus, contrôle, sanctionne et oriente la gestion des organes.

I.2 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

I.2.1 Composition

La MUTRAF est administrée par un Conseil d'Administration composé de quinze (15) membres dont onze (11) élus au bulletin secret parmi les délégués qui sont présents à l'assemblée générale à jour de leurs cotisations et quatre nommés à raison de deux (2) représentants de l'Administration et deux (2) du Syndicat.

Le Conseil d'Administration élit en son sein un bureau à la majorité absolue.

Le ***bureau du Conseil d'administration*** est composé de quatre (4) membres dont :

- un président ;
- un secrétaire général ;
- deux rapporteurs.

1.2.2 Attributions

Le Conseil d'Administration a pour attributions :

- de veiller au respect des statuts en vue d'atteindre les objectifs de la mutuelle ;
- de valider l'admission ou de proposer l'exclusion des adhérents et d'appliquer ; le cas échéant, les sanctions disciplinaires prévues ;
- d'établir les comptes annuels et le budget pour l'exercice suivant ;
- de coordonner le travail des divers comités ;
- d'établir annuellement le rapport d'activités de la mutuelle ;
- de représenter la mutuelle dans ses rapports avec les tiers et établir des relations avec d'autres associations, plus spécialement avec les autres mouvements sociaux, également fondés sur la solidarité ;
- de signer les accords et conventions, notamment avec les prestataires de soins ;
- de fixer la rémunération du personnel ;
- de remplir toutes les autres missions qui lui sont conférées par le statut ou confiées par l'Assemblée générale.

I.3 LE COMITE DE GESTION

1.3.1 Composition

La gestion quotidienne de la MUTRAF est assurée par un Comité de gestion composé de :

- un président ;
- un secrétaire général ;
- un secrétaire général adjoint ;
- un trésorier général ;
- un trésorier général adjoint ;
- un personnel technique.

Le comité de gestion peut faire recours à toute personne ressource pour l'appuyer dans ses tâches.

1.3.2 Attributions

Le Comité de Gestion a les attributions suivantes:

- assurer l'administration quotidienne de la mutuelle ;

- préparer pour le Conseil d'Administration le budget et, une fois celui-ci approuvé, procéder à sa bonne exécution ;
- présenter les comptes annuels de l'exécution du budget au conseil d'administration;
- faire toute proposition utile au Conseil d'Administration pour une meilleure atteinte des objectifs de la mutuelle ;
- négocier les conventions et accords après avoir requis l'autorisation du conseil d'administration;
- gérer les biens et les fonds de la mutuelle ;
- engager et superviser le personnel ;
- veiller à assurer la liaison entre les adhérents et l'administration ;
- négocier avec les prestataires de soins et défendre les intérêts des adhérents en matière de santé vis-à-vis de l'extérieur ;
- exercer toutes les fonctions qui lui sont dévolues par les statuts ou qui lui sont déléguées par le Conseil d'Administration et l'Assemblée Générale.

Les fonctions des membres du Comité de Gestion sont indiquées selon le tableau ci-dessous:

Tableau 3 : fonctions des membres du Comité de Gestion

Le Président	<ul style="list-style-type: none">- coordonne les activités de la mutuelle ;- préside les réunions du comité ;- dirige l'équipe de permanents ;- ordonne les dépenses ;- fixe l'ordre du jour des réunions ;- cosigne les chèques avec le Trésorier.
Secrétaire général	<ul style="list-style-type: none">- dirige l'administration de la mutuelle ;- propose l'ordre du jour et dresse les PV des réunions ;- assure les correspondances de la mutuelle ;- détient et conserve les documents.
Secrétaire général adjoint	<ul style="list-style-type: none">- seconde le secrétaire général dans ses fonctions.
Trésorier général	<ul style="list-style-type: none">- gère les fonds de la mutuelle ;- détient les pièces comptables ;- établit les rapports financiers ;- s'occupe des recouvrements ;- exécute les dépenses et cosigne les chèques avec le Président ;- veille à la bonne exécution des budgets.
Trésorier adjoint	<ul style="list-style-type: none">- seconde le Trésorier général dans ses fonctions.

Un personnel technique est recruté pour appuyer les structures et organes de la MUTRAF.

I.4 LES COMITES REGIONAUX

Le Comité Régional est l'organe exécutif de la MUTRAF au plan régional. Il assure la gestion courante et exécute les décisions de l'Assemblée Générale en tant que relais du Comité de Gestion et celles des instances supérieures de la MUTRAF et en prépare les réunions et instances.

I.4.1 Composition

Sa composition est analogue à celle du Comité de gestion.

I.4.2 Attributions

Le Comité Régional s'occupe de l'administration quotidienne de la MUTRAF au plan régional. A cet effet il :

- prépare pour le Comité de Gestion son budget annuel, et une fois celui-ci approuvé, procède à son exécution ;
- gère les biens et les fonds mis à sa disposition par le Comité de Gestion ;
- fait des propositions au comité de gestion dans les domaines suivants :
 - négociation des conventions et accords avec les structures prestataires ;
 - engagement du personnel ;
- défend les intérêts des adhérents de sa région;
- ouvre un compte dans un établissement financier local ;
- rembourse les dépenses de santé et reverse les allocations ;
- assure la communication entre les adhérents et l'Administration ;
- fait toute proposition utile au Comité de Gestion pour une meilleure atteinte des objectifs.

I.5 LE COMITE DE CONTROLE

I.5.1 Composition

Le Comité de Contrôle est composé de cinq (05) membres au minimum. Ceux-ci sont élus par l'Assemblée Générale parmi les membres adhérents qui n'animent ni l'administration, ni la gestion de la MUTRAF. Ils ne doivent pas avoir participé à la gestion de la MUTRAF au cours de l'exercice précédant leur élection.

Le Comité de Contrôle élit en son sein un responsable et un rapporteur.

Il se réunit au moins deux fois par an et autant que de besoin.

I.5.2 Attributions

Le Comité de Contrôle est notamment chargé de:

- veiller au respect des statuts, règlement intérieur, lois et règlements en vigueur au Burkina Faso ;
- contrôler l'exactitude de la comptabilité et la régularité des opérations financières ;
- contrôler la bonne application des décisions de l'Assemblée générale ;
- attirer l'attention des organes responsables sur les irrégularités qui auraient été commises et proposer des mesures ou de nouvelles procédures visant à éviter la récurrence ;
- recueillir les plaintes des adhérents concernant les services offerts et en référer à l'organe ou à la personne compétente pour y remédier ;
- requérir la personne ou l'organe compétent pour effectuer une tâche non ou mal accomplie et exiger l'application des procédures requises ;
- examiner et contrôler les conditions d'éligibilité des adhérents participants à l'assemblée générale ;
- exercer toutes les fonctions qui lui sont assignées par le statut et les règlements intérieurs ;
- élaborer un plan d'action prévisionnel assorti d'un budget, et des rapports d'activités ;
- produire des rapports d'activités ;
- saisir le Conseil d'Administration ;
- convoquer en cas d'anomalie majeure pouvant porter atteinte au fonctionnement ou à la vie de la MUTRAF, une assemblée générale extraordinaire.

II. FONCTIONNEMENT DE LA MUTRAF

II.1 LA FONCTIONNALITE ET LA CAPACITE DE GESTION ET D'ADMINISTRATION DES ORGANES

La fonctionnalité des organes dépend du respect des règles qui régissent les Assemblées Générales (AG), le Conseil d'Administration (CA), le Comité de Gestion (CG), le Comité de Contrôle (CC) et les Comités Régionaux (CR). Pour ce faire, la MUTRAF a élaboré un manuel de procédures qui précise les attributions de chaque organe. Cependant, force est de

constater que les différents organes ne mettent pas en œuvre toutes les attributions qui leurs sont dévolues.

Ainsi, les différentes réunions des CA et des CG ne sont pas régulièrement tenues (depuis près de deux ans aucune réunion du CA n'a été organisée). Il faut également noter qu'en dehors de l'AG constitutive, seule une AG a été tenue à ce jour.

Aussi, aucun accord ni convention avec les prestataires de soins de santé n'a à ce jour été signé ; de même aucune structure n'est mise en place pour accueillir les plaintes des adhérents concernant les services offerts.

Tableau 4 : Les outils de gestion et d'administration de la MUTRAF

Outils de gestion et d'administration des mutuelles sociales	Outils existants dans la MUTRAF
Existence d'un manuel de procédures	X
Existence d'un organigramme	X
Définition et descriptif des tâches	X
Existence d'outils de suivi des adhésions	
Existence de procédures pour recouvrement des cotisations	X
Existence d'un registre de prestations	X
Existence d'un registre des PV de réunion	X
Existence d'outils comptables	X
Existence d'outils de suivi du budget et de la trésorerie	
Existence d'outils de gestion des risques de fraude et d'abus	
Existence d'outils pour gérer les risques de sur-prescription	
Utilisation d'un logiciel de gestion et/ou de suivi	X

L'analyse du tableau ci-dessus montre que la MUTRAF est dotée en outils de gestion et d'administration. En effet, elle dispose d'un manuel de procédures, d'un organigramme, d'un registre de prestations, d'un outil de procédure de recouvrement des cotisations, d'un outil comptable, ainsi que d'un logiciel de gestion.

Cependant, l'absence de certains d'outils tels celui de suivi des adhésions, de gestion des risques de fraude et d'abus et celui de gestion des risques de sur-prescription est à l'origine de certains problèmes de gestion de la MUTRAF. Ainsi, la MUTRAF ne maîtrise pas la dynamique des membres. A ce jour, elle ne dispose pas du nombre exact d'adhérents ni du nombre de rétractants et de démissionnaires. Aussi, en ce qui concerne la gestion des prestations, l'absence d'outils entraîne parfois le dépassement des plafonds de remboursement limité pour chaque membre à 200 000 FCFA /an.

II.2 LA CAPACITE DE MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES

II.2.1 Condition d'affiliation

- L'adhésion

Dans les organisations d'Economie Sociale et Solidaire, l'adhésion est libre et volontaire. Cependant, pour des raisons pratiques, l'adhésion à la MUTRAF est automatique car, tout travailleur de la DGI en est d'office membre. Les agents des impôts nouvellement affectés dans les différentes directions des Impôts sont donc directement affiliés à la MUTRAF et les frais d'adhésion et de cotisation retenus à la source.

Cependant, l'adhérent doit remplir une fiche d'adhésion et joindre une photo d'identité.

En cas d'inscription de personnes à charge, l'adhérent précise les bénéficiaires sur la fiche d'adhésion et joint :

- un extrait de mariage si inscription du conjoint; seul le mariage civil est reconnu ;
- un extrait de naissance de chaque enfant inscrit.

- **La rétractation**

L'agent affilié à la MUTRAF de façon automatique a la possibilité de se rétracter. La rétractation se fait sur demande et doit parvenir au Comité de gestion ou au Comité régional au plus tard le 31 mai ou le 30 novembre de l'année en cours.

- **la démission**

Le mutualiste démissionnaire notifie par écrit sa volonté expresse de se retirer de la MUTRAF. Celle-ci prend acte par écrit de la démission dans un délai de trois (03) mois après une phase de sensibilisation par le Comité régional.

L'adhérent démissionnaire peut être admis à nouveau dans la MUTRAF. Il devra pour ce faire, exprimer son intention et s'expliquer par un écrit adressé au président du Conseil d'administration. Si la demande de retour reçoit un avis favorable, l'adhérent devra régulariser ses cotisations depuis sa date de sortie.

- **la suspension**

La suspension du membre adhérent peut être prononcée dans les cas de :

- non paiement des cotisations ;
- détournement des valeurs ou éléments du patrimoine de la MUTRAF ;
- fraude ou manœuvres frauduleuses ;
- non respect des principes du fonctionnement.

La suspension est notifiée à l'adhérent par le Comité de gestion dans le mois de la constatation du manquement.

Pour les cas de fraudes, des mesures conservatoires doivent être immédiatement prises. Le Président du Conseil d'administration en est informé par écrit.

- **l'exclusion**

La MUTRAF peut exclure des membres en cas de non paiement des cotisations, de non respect des principes de fonctionnement et de toutes autres fautes mineures. La décision d'exclusion est prise par le CA sur proposition du CG et entérinée par l'AG.

- **la radiation**

La radiation d'un membre est prononcée par l'Assemblée générale dans les cas de détournement, de fraude, de manœuvres frauduleuses ou de fautes graves établies sur proposition du CA.

II.2.2 Mobilisation des ressources humaines

La MUTRAF a une très grande capacité de mobilisation des ressources humaines. Cela pourrait s'expliquer par le mode d'adhésion automatique qui y est appliqué. Cette capacité peut s'estimer par la taille démographique des adhérents qui est très importante par rapport à la population cible. La MUTRAF a donc un fort taux d'adhésion (sur près de 2 000 agents que compte la DGI la mutuelle dispose d'environ 1800 membres).

Tableau 5: le nombre d'adhérents

Années	Nombre D'adhérents
2009	924
2010	1 424
2011	1 613
2012	1 737
2013	1 853

Source : données MUTRAF 2013

L'absence d'outils de gestion des membres, ne permet pas à la MUTRAF de disposer de statistique fiable sur ses adhérents. Les effectifs approximatifs ont été déterminés à partir des cotisations annuelles perçues. Cette taille estimée en 2013 à 1 853 membres, montre que la MUTRAF ne rencontre pas de difficultés pour l'affiliation de ses membres. Cependant, force est de constater que malgré l'importance de ce nombre, le degré d'adhésion des membres à l'esprit de la mutualité reste très faible.

II.3 LA CAPACITE DE MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES

Comme précédemment indiqué, le mode d'adhésion à la MUTRAF lui permet d'avoir le plus grand nombre possible d'adhérents mais également de recouvrer les droits d'adhésion et les cotisations sans difficulté.

Tableau 6 : montant annuel des cotisations des adhérents

Années	Montant des contributions (F CFA)
2009	31 416 000
2010	39 192 000
2011	40 632 000
2012	42 936 000
2013	45 816 000

Source : données MUTRAF, (2013)

Les droits d'adhésion et de cotisation étant retenus à la source, la MUTRAF n'est confrontée à aucune difficulté relative à la collecte des cotisations. Contrairement à la majorité des mutuelles sociales, la MUTRAF recouvre donc la totalité des droits des membres dans les délais malgré sa taille relativement importante. On observe donc une très bonne capacité de mobilisation des ressources financières.

II.4 CAPACITE D'AUTONOMISATION DE LA MUTRAF

En plus des cotisations des membres prédéfinis, la MUTRAF, reçoit des subventions provenant de la DGI. Une grande partie de ces encaissements permet de faire face aux dépenses des prestations et aux frais de fonctionnement. Le tableau ci-dessous établit le rapport des dépenses maladies et allocations par rapport aux recettes totales.

Tableau 7 : montant annuel des recettes et des dépenses

Années	Nombre de demande de remboursement	Pourcentage des dépenses (maladie et allocations) par rapport aux recettes totales (cotisations des membres plus subventions de la DGI)
2009	110	41,05
2010	753	56,07
2011	682	46,71
2012	541	39,96

Source : données MUTRAF, (2013)

Les dépenses liées aux prestations maladie et allocations sont en moyenne inférieures à 50% des recettes totales. La part de ces dépenses dans les recettes de 2009, 2010, 2011, et 2012 sont respectivement de 41,05%, 56%, 46,71% et 39,96%. La MUTRAF affecte donc une grande partie de ses recettes à la prise en charge des maladies ; en moyenne sur 100 FCFA encaissés, 45 FCFA vont à la prise en charge des soins de santé et des allocations.

III. LES PRESTATIONS FOURNIES PAR LA MUTRAF

Les ressources financières de la MUTRAF proviennent des droits d'adhésion et de cotisation des membres mais également des subventions accordées par la DGI. Ces ressources financières servent à assurer les dépenses de fonctionnement, le remboursement des frais médicaux engagés par les adhérents et les allocations.

Peuvent bénéficier des services de la MUTRAF tous les agents des Impôts et les personnes à leur charge à jour de leur cotisation et n'étant pas sous le coût d'une sanction (suspension, radiation, exclusion). Fixés respectivement à dix mille (10 000) FCFA et à douze mille (12 000) FCFA par semestre, les frais d'adhésion et de cotisation sont retenus à la source sur les soldes. Pour bénéficier des prestations, une période d'observation de trois (3) mois est obligatoire pour tout nouveau membre.

Les prestations prises en charges par la MUTRAF sont :

- les maladies (consultations médicales, produits pharmaceutiques, examens biomédicaux, chirurgie, hospitalisation, soins dentaires), les soins d'accouchement (maternité), lunetterie, prothèses.
- les allocations (mariage civil de l'adhérent, décès de l'adhérent, décès d'une personne à charge, retraite).

Le mode de prise en charge pratiqué par la MUTRAF est le paiement direct. L'adhérent paie la totalité des charges de soins et se fait rembourser à hauteur de 80% auprès de la MUTRAF sur présentation d'un dossier de remboursement. Ce dossier doit nécessairement comporter les pièces suivantes : les reçus de consultations, les ordonnances, les tickets de caisses ou les reçus de pharmacie. Pour le remboursement des frais d'examen, les dossiers doivent comprendre les reçus de consultations, les bulletins et les reçus d'examens.

Le montant des remboursements est plafonné (pour l'adhérent et ses personnes à charge comprises) à concurrence de :

- deux cent milles (200 000) Francs CFA pour un adhérent sans charge;
- deux cent cinquante milles (250 000) francs CFA pour l'adhérent qui a une ou deux charges ;
- trois cent milles (300 000) francs CFA pour l'adhérent ayant plus de deux charges.

Pour les adhérents en cours d'année, il leur est appliqué le prorata temporis relatif au plafond autorisé.

La lunetterie et les prothèses sont plafonnées à cinquante milles (50 000) FCFA ;

Les allocations pour événements sociaux sont servies sur notification expresse du travailleur dans le délai d'un (01) mois à compter de la date de survenance de l'événement (date de célébration du mariage, date de décès). La demande d'allocation est accompagnée du document de l'état civil approprié:

- un extrait ou la photocopie légalisée du jugement supplétif d'acte de mariage civil de l'adhérent ou;
- un document justifiant le décès de l'adhérent (à produire par les ayants droits) ou;
- un extrait d'acte de décès ou photocopie légalisée du jugement supplétif d'acte de décès d'une personne à charge (à produire par l'adhérent).

En somme, La MUTRAF est une organisation de très grande importance pour ses membres. Son objet, basé sur la solidarité et l'entraide, permet de résorber certaines difficultés rencontrées par les agents des impôts.

Mais comme toute organisation, la MUTRAF fait face à des difficultés de fonctionnement liées à la gestion de l'information entre ses membres et à la gestion de ses prestations.

La prise en compte des problèmes de gestion de la MUTRAF est urgente, car elle va permettre une meilleure organisation des activités et une meilleure circulation de l'information.

CHAPITRE III : ANALYSE DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS

L'étude nous a permis de déceler des problèmes de fonctionnement de la MUTRAF. Ces problèmes concernent essentiellement l'information et l'adaptation des prestations de la MUTRAF aux besoins des adhérents.

A l'issue de ces constats, nous avons formulé des hypothèses qui devraient nous permettre de mieux appréhender les difficultés qui entravent la gestion de la MUTRAF et de rechercher les pistes de leurs résolutions. Pour ce faire, des entretiens ont été menés auprès des organes dirigeants et des questionnaires administrés au public cible.

Dans ce chapitre, nous analyserons les questionnaires afin de confirmer ou d'infirmer les hypothèses et enfin, nous proposerons des solutions qui, selon nous, amélioreront le fonctionnement de la MUTRAF.

I. ANALYSE DES RESULTATS

L'analyse des données met en exergue l'influence du degré d'information du membre enquêté, l'appréciation sur la qualité des prestations fournies et sur l'avenir de la MUTRAF.

1.1 L'influence du mode d'adhésion

17% des personnes enquêtées ne sont pas membres de la MUTRAF (rétraction et démission). Les raisons évoquées sont : l'affiliation à une autre structure de prise en charge des soins de santé (mutuelle sociale ou assurance), l'ignorance du fonctionnement de la MUTRAF, la systématisation de l'affiliation et la limitation de la nature des prestations aux soins de santé.

Les avis des mutualistes sur les rétractants sont variés.

Pour la majorité, les retractants ont raison de quitter la mutuelle car chaque personne a ses principes et ses objectifs et doit être libre d'exprimer ses choix. Si certains avis pensent qu'il ne faut pas les juger négativement, d'autres cependant, estiment que le choix des rétractants

est extrême et par conséquent pensent qu'ils ne font pas preuve de solidarité. Ces derniers espèrent que les rétractants voient leur position.

L'idée selon laquelle un rétractant ne fait pas preuve de solidarité peut cependant contraindre certains agents à rester dans la MUTRAF par crainte d'être exposés au mauvais jugement des autres. Toute chose qui pourra être à l'origine d'une adhésion de personnes dépourvues d'un esprit mutualiste.

Cependant, il faut noter que 100% des rétractants ont l'intention de réintégrer la MUTRAF. Les raisons évoquées sont entre autres, parce que la prise en charge qu'ils bénéficiaient dans d'autres structures est terminée ou parce que ceux qui étaient en désaccord avec la gestion de la MUTRAF ont malgré tout compris son importance.

Toutefois, les rétractants souhaitent la disponibilité des textes et suggèrent la prise en compte des soins spécialisés au profit des femmes. En outre, ils souhaitent l'annulation du principe de la régularisation des cotisations du rétractant.

Il faut observer que ce principe de régularisation devrait être appliqué aux démissionnaires mais pas aux rétractants. En effet, la MUTRAF est une organisation d'économie sociale et solidaire. L'adhésion y est donc libre et volontaire. Vu le mode d'adhésion, un rétractant est une personne qui n'a pas encore manifesté sa volonté d'en être membre. L'obliger à régulariser une prétendue situation lorsqu'il désire y adhérer reviendrait à violer le principe cardinal de toute organisation sociale qu'est la liberté d'adhésion. Seuls les démissionnaires qui manifestent le désir de réintégrer la MUTRAF devraient se faire l'obligation de respecter le principe de la régularisation des cotisations.

20% des personnes enquêtées affirment qu'elles ne se seraient pas affiliées à la MUTRAF si l'adhésion n'était pas automatique.

Les raisons avancées sont : le manque d'informations, le préfinancement des frais de santé par l'adhérent, la lenteur des remboursements, la présomption d'une mauvaise gestion, la non vulgarisation des bilans et la limitation des prestations.

Aussi, nombreux sont les enquêtés qui affirment être membres de la MUTRAF parce qu'ils se sont retrouvés affiliés sans leur avis et n'ont cependant pas jugé nécessaire de la quitter.

De l'interprétation de ces données, il apparaît que le mode d'adhésion joue un rôle important dans l'intérêt que les mutualistes portent à leur mutuelle et explique l'hypothèse 1 : le mode d'adhésion à la MUTRAF limite son appropriation par les membres.

Si le mode d'adhésion influe négativement sur l'appropriation de la mutuelle par ses membres, une bonne communication entre les adhérents et les dirigeants aurait permis de résorber les difficultés soulevées.

1.2 L'influence de l'information

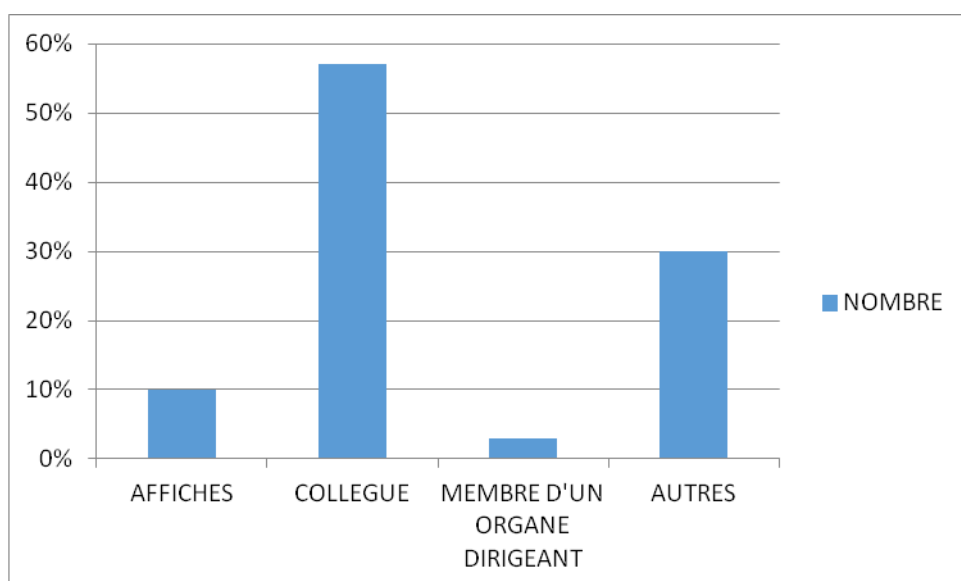
L'administration du questionnaire a permis la récolte des données et de faire les analyses suivantes :

- le degré de connaissance de la MUTRAF

Dans l'ensemble, la majorité des adhérents ont une connaissance très limitée sur le fonctionnement de leur mutuelle. En effet, pendant l'administration des questionnaires, 94% des enquêtés ont affirmé être au courant de l'existence de la MUTRAF mais ignorent le mode de fonctionnement ; 6% avouent n'avoir aucune connaissance sur la MUTRAF car ils ignorent son existence et 10% ne connaissent pas la signification du sigle MUTRAF.

L'étude révèle que la majorité des personnes interrogées a le même niveau de connaissance sur la MUTRAF. Cependant, cette connaissance se limite seulement aux conditions de prise en charge (taux de la prise en charge et documents à fournir pour en bénéficier). Nombreux sont donc ceux qui ignorent l'existence des allocations de mariage et de décès.

Figure 1 : canaux d'information sur l'existence de la MUTRAF



Source : données d'enquêtes, 2013

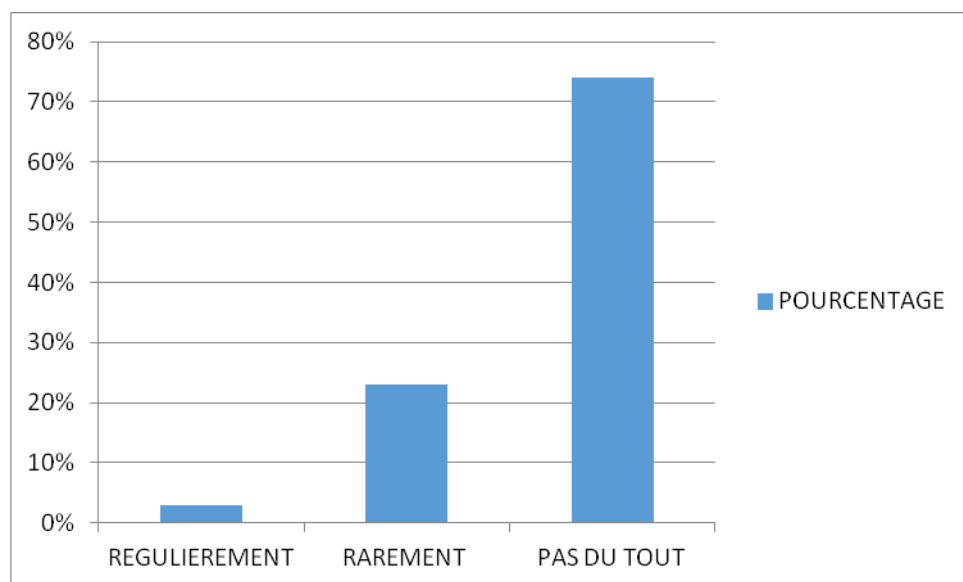
L'analyse de la figure montre qu'il n'y a pas un système fiable de communication qui est mis en œuvre pour informer les adhérents. Les canaux de communication ainsi représentés sont pour la plupart informels qu'officiels.

En effet, les affiches établies par les dirigeants constituent le seul canal officiel de communication. Elles sont conçues à l'occasion des fins d'années avec pour seul objectif de rappeler aux membres les délais dont ils disposent pour bénéficier des prestations de l'année en cours. La période des affichages, parce qu'elle coïncide généralement avec l'arrivée d'une partie des nouveaux affectés expliquerait que 10% des adhérents enquêtés affirment avoir connaissance de l'existence de leur mutuelle par ce canal.

L'autre canal de communication retenue est la première rétention sur la solde avec un taux de 30%.

Avec un pourcentage de près de 57%, le meilleur canal d'information reste les collègues. Cependant, l'information par les collègues est soit incomplète (limitée aux conditions de remboursement des soins de santé) ou manipulée (l'information est fortement influencée par la perception de l'émetteur).

Figure 2 : niveau d'information des membres



Source : données d'enquêtes, (2013)

La figure ci-dessus montre que les membres ont un faible niveau d'information sur le fonctionnement de la MUTRAF. Ainsi, plus de 70% des membres affirment n'en avoir

aucune connaissance tandis que 3% des enquêtés qui disent être régulièrement informés sont des membres des organes dirigeants.

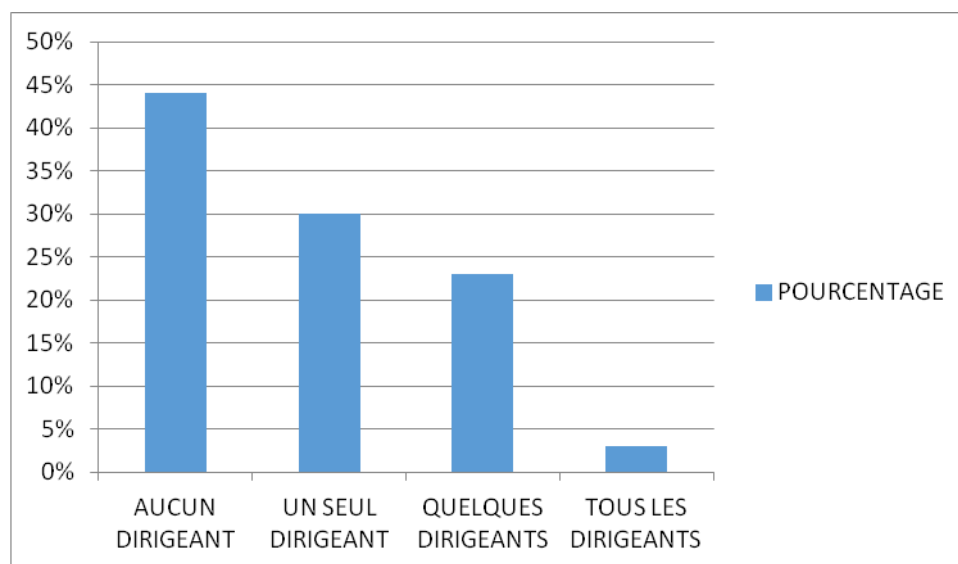
Concernant la connaissance des textes, il faut noter qu'en dehors des membres qui ont participé à leur adoption, aucun enquêté n'a affirmé avoir eu connaissance du statut et des règlements intérieurs. Ainsi, seulement 20% des enquêtes affirment connaître le statut et les règlements intérieurs contre 80% qui les ignorent.

La méconnaissance des textes est source de discorde entre les membres et les dirigeants. A titre d'exemple, beaucoup d'adhérents se plaignent de la période d'observation de 3 mois prévue dans le statut car n'ayant pris connaissance de cette disposition qu'au moment où ils ont voulu se faire prendre en charge.

Le déficit de communication impacte négativement sur la confiance que les membres ont des gestionnaires de la MUTRAF. La confiance étant liée à la crédibilité des membres par rapport à la moralité des dirigeants, à leur capacité managériale et à leur dynamisme.

L'appropriation des membres de leur mutuelle pourrait donc dépendre du niveau de confiance qu'ils accordent aux dirigeants.

Figure 3 : connaissance des dirigeants par les adhérents



Source : données d'enquêtes, 2013

L'analyse de cette figure montre que 44% des membres ne connaissent aucun des dirigeants et seulement 3% connaissent tous les dirigeants. 30% affirment connaître un seul dirigeant et

23% quelques dirigeants. La connaissance d'un ou de plusieurs dirigeants s'explique par le fait des liens d'amitié que les adhérents ont avec ces derniers ou par la proximité dans le cadre du travail.

Le dépouillement du questionnaire a également révélé que seuls 3% des membres prennent connaissance du contenu des rencontres de sessions et ont relativement une connaissance acceptable de la vie de leur mutuelle contre 97% qui affirment n'avoir aucune information sur le contenu des rencontres de sessions.

- La fréquentation de la MUTRAF par les membres

L'analyse des données recueillies sur la fréquentation de la MUTRAF révèle que près de 77% des adhérents se sont déjà rendus au moins une fois au siège de la MUTRAF. Cependant, dans ce groupe, 94% l'ont été pour des prestations (demandes de remboursement des soins de santé ou d'allocations). Tandis que 22% disent s'y être rendus pour des prestations et des inscriptions à la fois et 28% pour des prestations et des informations. Seuls 6% s'y sont rendus que pour s'informer et 61% pour des inscriptions.

On constate que globalement la recherche de l'information n'est pas au centre des intérêts des adhérents quand bien même ils fréquentent le siège de la MUTRAF.

De ce qui précède, on peut retenir qu'il se pose un réel problème de communication dans la gestion de la MUTRAF.

En effet, après l'affiliation des agents à la mutuelle, aucune action n'est menée par les dirigeants pour informer et sensibiliser les membres. Les agents y sont affiliés sans aucune mesure d'accompagnement visant leur réelle intégration. Aucun document (statut, règlement intérieur, rapport d'activités, carte de membres) n'est mis à la disposition des membres en contrepartie de leur adhésion. A cela, il faut noter qu'aucune structure d'information fiable n'est mise en place pour accueillir et renseigner les membres qui souhaiteraient mieux connaître la mutuelle.

Ainsi, certaines dispositions figurant dans le statut et dans le manuel de procédures relatives à l'information des membres sur la vie de la MUTRAF ne sont toujours pas appliquées à ce jour.

Il s'agit de la :

- publication annuelle des comptes des comités de gestion ;
- publication du rapport annuel des comités de gestion ;

- publication des comptes rendus périodiques des comptes de gestion (chaque trimestre) ;
- mise à disposition de tout membre à jour de ses cotisations des comptes pour consultation (prévoir un jour dans le trimestre).

Cependant, l'analyse des données révèle également que les gestionnaires de la MUTRAF ne sont pas seuls responsables de ce problème d'information. En effet, les membres ont peu d'intérêt pour l'information sur la vie de leur organisation. Ainsi, après leur adhésion ils ne font pas l'effort de s'approprier l'ensemble des textes qui régissent la MUTRAF. Leur préoccupation majeure se focalisant généralement sur les conditions de remboursement des soins de santé.

Cette conclusion permet de vérifier l'hypothèse 2 : le déficit de communication est une entrave à la bonne compréhension des procédures de la MUTRAF. Ce qui porte préjudice à la mobilisation des adhérents autour des objectifs de la mutuelle.

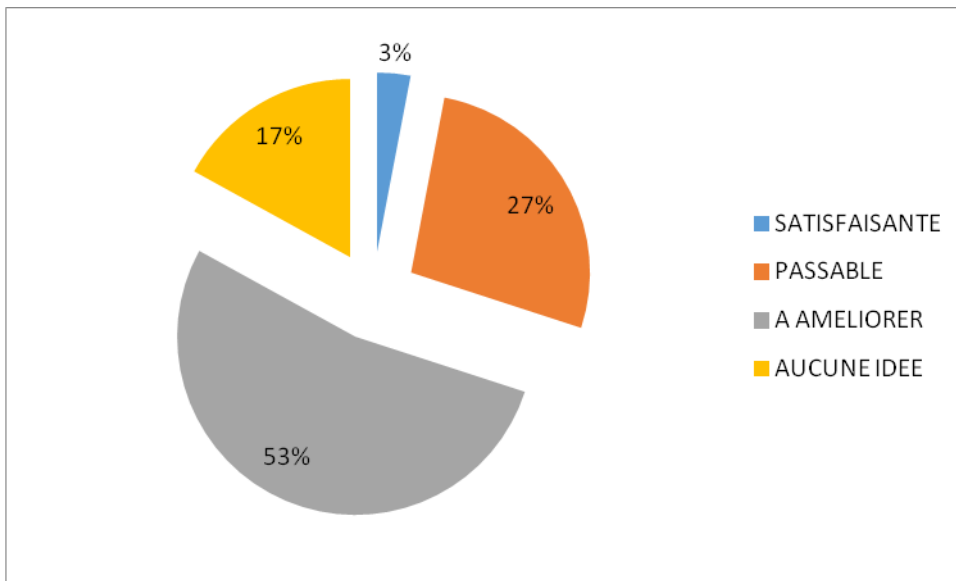
1.3L'influence des prestations fournies par la MUTRAF

Les prestations qu'offre la MUTRAF reposent sur les remboursements de soins de santé et les allocations mariage et décès.

Dans cette section, l'analyse porte sur la qualité des prestations et le domaine d'intervention de la MUTRAF.

L'administration du questionnaire a permis donc aux enquêtés de se prononcer sur la qualité des prestations offertes. Les avis des mutualistes sont synthétisés dans la figure ci-dessous.

Figure 4 : appréciation de la qualité des prestations



Source : données d'enquêtes, (2013)

Cette figure montre que la majorité des adhérents n'est pas du tout satisfaite des prestations de la MUTRAF. 3% des enquêtés les jugent satisfaisantes et 53% souhaitent leur amélioration.

Les raisons évoquées sont les suivantes :

- l'absence de conventions entre la MUTRAF et des structures sanitaires (cliniques, pharmacies, laboratoires et des centres médicaux) fait que le système du tiers payant n'est toujours pas appliqué. Seul, le mode de paiement direct est en vigueur ;
- la longueur des délais pour le traitement des dossiers de remboursement;
- l'insuffisance des plafonds de remboursement des soins de santé.

S'agissant du domaine d'intervention de la MUTRAF, les adhérents à l'unanimité, souhaitent que leur mutuelle améliore la nature des prestations en intégrant davantage le volet social afin de prendre en compte leurs besoins quotidiens tels, l'octroi de crédit, de prêt pour les matériaux de constructions, de voyages d'études, etc.

Au regard de la nature de ses prestations, il apparaît que les activités de la MUTRAF sont essentiellement centrées sur la santé alors que son objet est basé sur la solidarité et l'entraide. La MUTRAF ne peut-elle pas élargir son domaine d'activités pour une meilleure prise en charge sociale de l'adhérent ?

L'interprétation de ces données permet ainsi de vérifier l'hypothèse 3 : les prestations offertes ne sont pas conformes aux attentes des adhérents.

II. ANALYSE SWOT DE LA MUTRAF

L'analyse du questionnaire fait ressortir dans le tableau ci-dessous les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces de la MUTRAF.

Tableau 8: analyse SWOT de la MUTRAF

<p>Atouts/forces</p> <ul style="list-style-type: none"> - fort niveau de recouvrement des cotisations - nombre d'adhérent élevé - capacité d'autonomisation de la MUTRAF - existence d'un potentiel de couverture (prise en charge à 80%) - fort niveau d'instruction des membres - solidarité / entraide 	<p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> - mode d'adhésion - insuffisance d'information - bénévolat - retard dans les remboursements des frais de santé - limitation des prestations couvertes au volet santé - système de paiement direct - désistement/abandon des membres - tenue des Assemblées Générales (AG) - absence d'outil de suivi des adhésions
<p>Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> - effectif croissant de la population cible - subventions - existence de structures d'appui aux mutuelles de santé (CCSAM) - création de l'Assurance Maladie Volontaire (l'AMO) 	<p>Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> - absence de partenariat avec les structures sanitaires - absence de cadre législatif et réglementaire - épidémie

L'analyse SWOT, permet de mettre en exergue les atouts et les opportunités de la mutuelle tels, le nombre d'adhérent élevé, le fort niveau de recouvrement des cotisations, les subventions et l'effectif croissant de la population cible. Elle permet également de mettre en évidence les difficultés (faiblesses et menaces) qui entravent le bon fonctionnement de la

MUTRAF. Nous pouvons citer entre autre l'insuffisance d'information, le système de prépaiement, les épidémies, l'absence de cadre législatif et réglementaire et le bénévolat.

Le caractère bénévole des administrateurs constitue un frein au développement de la MUTRAF car il peut démotiver les dirigeants.

En effet, les membres des différents organes de la MUTRAF (CA, CG, CC, CR) sont tous des bénévoles. Ce sont des travailleurs actifs qui, en plus de leurs activités professionnelles occupent des fonctions qui leur sont assignées dans la mutuelle. Ces bénévoles sont donc obligés de dégager un surplus de temps pour le suivi des activités de la mutuelle. Le coût d'opportunité est donc très élevé alors qu'ils ne perçoivent aucune rétribution (monétaires ou en nature) en contrepartie de leur engagement.

Une des difficultés observée dans la gestion des bénévoles est l'interdiction statutaire pour les administrateurs de percevoir une rémunération. Si les administrateurs de la MUTRAF acceptent généralement cette condition par choix idéologique, il n'en reste pas moins vrai que cette interdiction peut être un obstacle au recrutement d'un nombre suffisant d'administrateurs qualifiés et motivés pour la gestion de la mutuelle. Aussi, observe-t-on de nos jours un certain « essoufflement » du dynamisme des organes chargés de l'administration et de la gestion de la MUTRAF.

Le profil des bénévoles est très divers. Cette diversité de personnalités et de compétences des administrateurs est un atout pour la gestion de la MUTRAF. Cependant, elle peut également être une source de tensions, de conflits, rendant complexes les prises de décision.

En plus des problèmes que peut engendrer cette diversité, on observe parfois une certaine « hégémonie » des dirigeants dans les prises de décisions. Ainsi, la MUTRAF est administrée depuis 2009 par le même groupe de personnes. Cette situation apporte, une stabilité dans la réalisation de la mission de l'organisation, mais elle peut également conduire à un immobilisme ou à un conservatisme. Or, la capacité d'innovation sociale des mutuelles et leur créativité leur permettent de mieux satisfaire les besoins des membres.

III. SUGGESTIONS POUR UN MEILLEUR FONCTIONNEMENT DE LA MUTRAF

III.1 SUGGESTIONS POUR L'AMELIORATION DE LA COMMUNICATION

Pour pallier le déficit de communication, plusieurs mesures peuvent être prises par les dirigeants. Il s'agit entre autres de :

- l'organisation de rencontres d'informations avec les nouveaux affiliés pour les informer de leur appartenance à la mutuelle et leur expliquer le mode de fonctionnement ;
- la vulgarisation au moyen de prospectus ou de toutes autres formes, du statut et des règlements intérieurs afin de permettre aux adhérents de mieux connaître leurs droits et devoirs ;
- la mise à disposition systématique des fiches d'adhésion à tous les nouveaux affectés sera une opportunité d'information de leur affiliation à la MUTRAF. Ce qui leur permettra officiellement de connaître l'existence de la mutuelle.
- la délivrance à chaque membre d'une carte d'adhésion afin de renforcer le sentiment d'appartenance des mutualistes et de susciter en eux un plus grand intérêt à la vie de la structure ;
- la mise à disposition des rapports d'activités aux membres afin, de rendre la gestion plus transparente;
- la création d'un réseau d'information constitué des membres des comités régionaux et des délégués représentant les membres lors des différentes rencontres de la mutuelle. Chaque unité de recouvrement des Impôts devrait à ce propos élire en son sein un délégué. En effet, en tant qu'intermédiaires entre les organes dirigeants et les membres, ces délégués seront les meilleurs relais de l'information sur la MUTRAF et pourront à ce titre, mieux renseigner les membres et transmettre leurs préoccupations aux organes dirigeants tout en assurant le retour de l'information.
- la création et l'animation d'un site web de la MUTRAF ;

- Outre ces mesures qui sont de la responsabilité des dirigeants de la MUTRAF, il est important que les adhérents s'efforcent à aller à la recherche de l'information. Car, un adhérent ne s'aurait bien défendre ses intérêts que lorsqu'il se serait approprié l'ensemble des textes régissant la MUTRAF. De ce point de vue, même si les responsables de la mutuelle ne communiquent pas suffisamment sur la structure, la volonté des adhérents à rechercher l'information sur la mutuelle contribuera à réduire le déficit de communication.

III.2 SUGGESTIONS POUR L'AMELIORATION DES PRESTATIONS DE LA MUTRAF

Aux regards de la nature de ses prestations et de sa capacité d'autonomisation, la MUTRAF pourrait prendre en compte certaines activités qui contribueront à une meilleure prise en charge sociale de ses membres. A ce titre, nous suggérons entre autres:

- le respect du délai de remboursement qui est de un (1) mois ;
- l'acquisition de logiciel pour le traitement et le suivi diligent des demandes de remboursement ;
- le rehaussement du plafond de remboursement des frais de santé ;
- la signature de conventions avec des prestataires de structures sanitaires, en l'occurrence des pharmacies, des cliniques, des laboratoires et des centres médicaux. Ces conventions permettront l'établissement des bons de pharmacie et l'application de la mesure relative au tiers payant. Ce qui permettra au patient de payer 20% des coûts des prestations couvertes au moment de la consultation et à la mutuelle le reste du montant. L'objectif étant donc de faciliter l'accès des membres aux soins de santé et d'améliorer la qualité relationnelle des services de santé par l'instauration d'un dialogue plus fécond entre le mutualiste et le prestataire de service.
- l'octroi de crédit aux nouveaux affectés dont la plupart sont en Service National de Développement (SND) à des taux d'intérêts faibles ou nuls leur permettra de faire face à la faiblesse de leur pouvoir d'achat;
- l'accompagnement des membres pour l'acquisition de prêts bancaires ;

- l'organisation d'opération matériaux de construction : ciment, biens d'équipement afin de permettre aux adhérents de pouvoir réaliser leurs logements avec moins de difficultés ;
- l'organisation d'opérations moto : cela peut permettre aux adhérents (surtout les nouveaux membres) d'avoir plus de facilités pour se procurer un moyen de déplacement;
- l'acquisition d'un car donnera une autonomie à la mutuelle dans le domaine du transport et permettra aux mutualistes de le disposer à des coûts réduits pour les événements sociaux. Ce car pourrait également être une source de revenu s'il est mis en location à d'autres structures.
- l'Organisation des sorties récréatives et des voyages d'étude ;

Somme toute, l'analyse des questionnaires nous a permis de confirmer les hypothèses précédemment formulées et de proposer des solutions pour une amélioration du fonctionnement de la MUTRAF. Cependant, la diversification future des risques à mutualiser afin d'offrir aux membres de nouvelles prestations passe nécessairement par la mise en place d'organes habilités pour la gestion des nouvelles activités, le renforcement du personnel d'appui et la mise en place d'un logiciel de gestion des membres.

CONCLUSION GENERALE

L'extension de la protection sociale au Burkina Faso est un élément clé de la stratégie de développement définie dans la vision de société «Burkina 2025» pour laquelle le développement économique du pays ne peut se faire sans l'accompagnement d'une forte solidarité nationale et d'une redistribution des richesses. Ceci, afin d'assurer l'accès pour tous à une bonne éducation et à des services de santé de qualité et lutter contre les discriminations sociales.

L'analyse du fonctionnement des mutuelles sociales fournit des données permettant de tirer des enseignements pour une contribution au développement du processus mutualiste et la mise en place d'un système d'Assurance Maladie Universelle au Burkina Faso (AMU). La mise en place de l'AMU permettra d'étendre la protection sociale à l'ensemble de la population et favorisera un large accès des populations à un minimum de soins de santé de qualité en vue de réduire la mortalité.

Créée en 2006 et fonctionnelle depuis 2008, la Mutuelle des Travailleurs du Fisc compte en son sein près de 1 800 membres. Intervenant principalement dans le domaine de la prise en charge des soins de santé, la MUTRAF a débloqué de janvier 2009 à juin 2013, près de 213 639 728 FCFA pour permettre à ses membres de faire face à leur problème de santé.

La MUTRAF contribue donc à améliorer l'accessibilité financière de ses membres aux structures de soins de santé en leur offrant un cadre où ils mutualisent leurs risques sociaux. Elle est une voie d'accès aux soins de santé afin de réduire les formes de vulnérabilités et d'inégalités sociales.

Cependant, bien qu'offrant des prestations fort importantes, la MUTRAF est l'objet de critiques de la part des adhérents qui pensent qu'elle peut améliorer son offre. Les mutualistes attendent donc de leur mutuelle, un traitement diligent des dossiers de remboursement des soins de santé, un élargissement des domaines de compétences pour prendre en compte leurs aspirations et l'évolution de leur condition sociale (volet prêt, matériaux de constructions, voyages d'études et de loisir ...), une motivation financière des membres des différents organes et surtout une accessibilité à l'information.

Les problèmes de gestion de la MUTRAF n'instaurent pas un climat de confiance nécessaire à l'appropriation réelle des membres de leur organisation et donc au développement de l'esprit

mutualiste. Elles limitent l'adhésion réelle des mutualistes à leur mutuelle qui, de plus en plus est délaissée.

Face à ce problème d'appropriation de la mutuelle par ses membres et vu le rôle qu'elle joue dans la gestion des risques sociaux, plusieurs pistes sont à explorer pour lui permettre de se développer et de se pérenniser.

Ainsi, la mise en place des organes de gestion de l'information et leur fonctionnement est un impératif qui stimulerait la confiance des agents et les incitera à adhérer davantage à la mutuelle. Renouer ainsi la confiance entre les membres dans la gestion est une nécessité pour la MUTRAF. Cette confiance qui permet de développer la cohésion interne dépend de la circulation de l'information, de la prise en compte des aspirations des mutualistes et de leur implication dans la gestion de la mutuelle.

Aussi, pour pallier le problème de bénévolat, la MUTRAF devait recruter des gestionnaires qui seront rémunérés mensuellement et mettre en place des mécanismes de motivation pour les administrateurs.

Il est également essentiel que la MUTRAF définisse des procédures internes pour éviter tout risque d'«immobilisme» afin de garantir, au sein de ses organes, le renouvellement des membres des instances, gage de dynamisme et de démocratie.

Enfin, avec l'avènement de l'Assurance Maladie Obligatoire (l'AMO), les mutuelles professionnelles (organisations regroupant les travailleurs des secteurs formels) en particulier la MUTRAF pourront disposer d'une grande marge de manœuvre pour offrir à leurs adhérents des paquets complémentaires au paquet minimal.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- ATIM C. (1996) *Vers une meilleure santé en Afrique », Etude comparée du financement communautaire et de la mutualité*, WSM/ANMC, 1996.
- ATIM C., Diop F., Evrad D., Marcadent P., Massiot N. (1998) : *Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre : résumé de la synthèse et des études de cas*, BIT-ANMC, 1998.
- Audibert, P., De Roodenbeke, E., pavy-Letourny, A., & Mathonnat, j. (2004). *Utilisation des services de santé en Afrique : l'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse ?*
- Banque mondiale (2003): *Santé et pauvreté au Burkina Faso : progresser vers les objectifs internationaux dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté*; Banque mondiale Washington DC.
- BEGG, D., Fisher, S., & Dornbusch, R., *Microéconomie* adaptation française de Bernard Bernier et Henri- Loid Védié ; édition Dunod, 2ème édition mise à jour, 2002, p 81-99.
- BIT/STEP. (2002). *Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*, 2^{ème} édition.
- BOYER Sylvie et al : *Le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives dans les PVD*, Ministère des Affaires Etrangères, France, 2001.
- BOYER Sylvie et Al: *le risque maladie dans les assurances sociales : Bilan et perspectives dans les PVD* ; Ministère des affaires étrangères ; France 2000.
- Burkina Faso(2011) : *SCADD du Burkina 2011-2015*, Ouagadougou
- CEDRES-Editions, collection *Théories économiques et manuels de cours*, Université de Ouagadougou.
- Desroche H. (1976) : *Le projet Coopératif*; les Editions Ouvrières; Paris 457p.
- DUHAIM, Kindra, Laroche & Muller, (1996). *Le comportement du consommateur*. Edition Gaëlan Morin P 24-33.
- Esman M.J., Uphoff N.T (1982) *Local Organization and Rural Development: the Art of State*; Ithca Cornell University. Esman

- Gentil D. (1979) : *Les Pratiques Coopératives en Milieu Rural Africain*; Sherbrooke, Canada; CEDEC
- IDOGA Rodrigue : *l'extension de la sécurité sociale aux travailleurs indépendants : cas des travailleurs du secteur informel de Ouagadougou*. UFR/SEG 2008, 65 feuilles, mémoire MEGEES.
- INSD (2010) : *Comptes nationaux de la sante années 2007 et 2008* ; Ouagadougou
- INSD (2006) : *Construction des comptes nationaux de la sante pour 2004 : additif au rapport sur les travaux effectués de mai à novembre 2005*
- INSD (2010) : *Annuaire statistiques* ; Ouagadougou
- KAGAMBEGA M (2010) : *l'assurance maladie au Burkina Faso : De la logique thérapeutique des acteurs sociaux, à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires* ; Thèse de Doctorat ; Université Bordeaux2 ; France
- Mc Connell, CR., & Brue, L.S., *Economics, principals, problems and policies*: edition McGraw-Hill Irwin, 2005, p 378 -380.
- Ministère de l'Economie et des Finances. (2004). *Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté révisée*. P5-13.
- M.J., Uphoff N.T (1984): *Local Organizations-Intermediaries in rural development*- Ithaca Cornell University. Inventaire des mutuelles sociales dans la perspective de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso Page 90 FNMF et le CIDR (2001) : Rôle des organisations de la société civile (OSC) dans la diffusion de l'AMU dans les régions Centre et Centre Nord ; Ouagadougou
- Ministère de l'Economie des finances (2000) : *profil et évolution de la pauvreté au Burkina Faso*, première édition, INSD
- Ministère de la santé (2003) : *Programme national d'assurance qualité en sante ; Ouagadougou*
- Ministère de la santé (2003) : *Document de base de la table ronde des bailleurs de fonds du PNDS 2001-2010* ; Ouagadougou
- OMS Afrique (2009) : *Stratégies de coopération avec les pays 2010-2015* : Burkina Faso,
- ONU (2004) : *Assurance-maladie universelle, rapport du secrétariat*, CES 114ème session. Washington, USA.
- Soulama S. (1992), *Performances économiques et sociales, dynamique des Organisations Coopératives et de Type Coopératif (OCTC) au Burkina Faso*;

CEDRES, Laboratoire d'Etudes Micro- économiques, Document de Travail N°3, 237 p;
Université de Ouagadougou.

- SHAPIRO o, C & Varian, H.R, (2001). *Economie de l'information, stratégie de l'économie des réseaux*, traduction de la 1^{ère} édition américaine par Fabrice Mazerolle : édition De Boeck 2^{ème} tirage, P11-27.
- Soulama S.et ZETT JB (2002) *Economie des Organisations Coopératives et de Type Coopératif*;
- YAMEOGO Moussa : *Analyse des déterminants d'adhésions et stratégie d'intégration de la mutuelle de santé dans les habitudes de consommations des étudiants : cas de la MUNASER*. Ouagadougou UFR/SEG, 2008, 52 feuilles, mémoire MEGEES
- ZETT Jean Baptiste: *Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé au Burkina Faso*; dans Banque de données sur les mutuelles de santé et de leurs structures d'appui : travaux de recherche dans onze pays de l'Afrique de l'ouest et du centre ; par concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique ; 2000.
- ZETT Jean Baptiste & Fernand BATIONO: *Inventaire des mutuelles sociales dans la perspective de l'Assurance Maladie Universelle au Burkina Faso*; version finale, 2011,105 pages.

TEXTES DE LA MUTRAF

- Statut de la MUTRAF
- Règlements intérieurs de la MUTRAF
- Le manuel de procédure de la MUTRAF.

ANNEXE